



# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 126

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6851

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 60

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei

# BACHELOROPPGAVE

Sykepleie til medisinsk abort  
Nursing to medical abortion

**Martine Dahle Idland**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse-  
og omsorgsvitenskap/Sykepleie Førde

Veileder: Anne-Margrethe Hjertenes

Innleveringsdato: 07.06.2019

## Sammendrag

**Tittel:** Sykepleie til medisinsk abort

**Bakgrunn for valg av tema:** Selvbestemt abort er et sårbart tema som i den siste tiden har vært fremtredende i media. Jeg har lenge vært interessert i kvinnehelse og bestemte meg for å skrive om selvbestemt abort etter praksis på en gynekologisk avdeling. Jeg ønsket å utdype meg i hvordan sykepleiere kan bidra til trygghet hos kvinner som gjennomgår en abort.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos gravide kvinner som ønsker å få utført medisinsk abort på sykehus?

**Metode:** Oppgaven er skrevet som en litteraturstudie og er basert på faglitteratur og fem forskningsartikler som er knyttet opp mot problemstillingen.

**Konklusjon:** Kvinner som skal gjennomføre en abort er i en særlig sårbar situasjon, og sykepleieren kan gjennom kommunikasjon etablere et tillitsforhold med kvinnene. For å lykkes i dette må sykepleieren være oppmerksom på sine egne holdninger og akseptere dem, for å kunne møte kvinnen med forståelse og respekt. Forskning viser at de fleste kvinner uttrykker bekymringer for mulige smerter, blødninger og emosjonelle reaksjoner. Ved å gi tilstrekkelig informasjon om dette, kan kvinner få en opplevelse av trygghet og kontroll. Sykepleieren bør ha kunnskap om hvilke behov den enkelte kvinne har, for å kunne støtte og ivareta disse gjennom hele forløpet.

**Nøkkelord:** Medisinsk abort, trygghet, opplevelser, kvinner, sykepleie

## Summary

**Title:** Nursing to medical abortion

**Background:** Induced abortion is a vulnerable topic, which has been prominent in the media lately. I have been interested in women's health for a long time and decided to write about this topic after an apprenticeship in a gynecological department. I wanted to elaborate more on how nurses can contribute to the safety of women who undergo an induced abortion.

**Research question:** How can nurses contribute to safety of pregnant women wishing to receive medical abortion in hospitals?

**Method:** The thesis is written as a literature study and is based on academic literature and five research articles related to the research question.

**Conclusion:** Women who are to undergo an abortion is in a particularly vulnerable situation, and nurses can through communication establish a trusting relationship with these women. To succeed in this, the nurses must be aware of their own attitudes and accept them, in order to meet the woman with understanding and respect. Research shows that most women express concerns about possible pain, bleeding and emotional reactions. By providing sufficient information about this, women can have an experience of security and control. The nurses should have knowledge of the needs of each woman to be able to support and care for them throughout the course.

**Keywords:** Medical abortion, safety, experiences, women, nursing.

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	INTRODUKSJON	1
1.2	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.3	PROBLEMSTILLING	2
1.4	AVGRENSNING	2
1.5	BEGREPSFORKLARING	2
1.6	OPPGAVERNS OPPBYGNING	3
<b>2</b>	<b>METODE</b>	<b>3</b>
2.1	LITTERATURSTUDIE	4
2.2	LITTERATURSØK	4
2.3	KILDEKRITIKK	5
2.4	ETISKE OVERVEIELSER	6
<b>3</b>	<b>TEORI</b>	<b>6</b>
3.1	LOVVERK OG SENTRALE FØRINGER	6
3.2	JOYCE TRAVELBEE	7
3.3	SELVBESTEMT ABORT	8
3.4	MENNESKESYN OG HOLDNINGER	8
3.5	SYKEPLEIERS ROLLE TIL MEDISINSK ABORT	9
3.5.1	<i>Informasjon</i>	10
3.5.2	<i>Kommunikasjon</i>	10
3.5.3	<i>Konsekvenser for kvinnens grunnleggende behov</i>	10
<b>4</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
4.1	«SCANDINAVIAN WOMEN'S EXPERIENCES WITH ABORTIONS ON REQUEST: A SYSTEMATIC REVIEW»	11
4.2	«REASONS WOMEN GIVE FOR ABORTION: A REVIEW OF THE LITTERATURE»	12
4.3	«WOMEN'S EXPERIENCES IN CONNECTION WITH INDUCED ABORTION – A FEMINIST PERSPECTIVE»	13
4.4	«WOMEN'S EXISTENTIAL EXPERIENCES WITHIN SWEDISH ABORTION CARE»	13
4.5	«WALKING ON A TIGHTROPE – CARING FOR AMBIVALENT WOMEN CONSIDERING ABORTIONS IN THE FIRST TRIMESTER»	14

<b>5</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>15</b>
5.1	KOMMUNIKASJON.....	15
5.2	HOLDNINGER.....	16
5.3	INFORMASJON.....	18
5.4	STØTTE.....	19
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>21</b>
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAFI</b> .....	<b>22</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon

Uønskede graviditeter har i all tid skapt problemer for mennesker, og det er ikke noe som tyder på at denne utfordringen forsvinner i fremtiden (Birkler, 2014, s. 9). Abortloven i Norge ble vedtatt i 1975, og har hatt blitt endret mange ganger etter det. Det var ikke før i 1978 at kvinner i Norge fikk rett til selvbestemt abort før utgangen av 12. svangerskapsuke. Før i tiden risikerte ikke bare kvinnene som tok abort sin egen helse, men også strenge straffer. I 1687 kom det en lov i Norge som sa: «kvinner som tok livet av et foster skulle halshugges og hodet skulle settes på en stake.» (Årrestad & Apalnes, 2013). Dødsstraffen ble ikke fjernet før i 1842, da den ble erstattet med staffearbeid fra 6 måneder til 6 år. I 1913 startet kvinnesaksforkjemperen Katti Anker Møller kampen for å legalisere abort i Norge. I 2018 blusset kampen om abort opp på nytt, da Kristelig Folkeparti la fram to forslag om innskrenking av retten til selvbestemt abort. Dette førte til at det i november 2018 demonstrerte over 25 000 mennesker mot denne innskrenkingen. På kvinnedagen i 2019 gikk over 23 000 mennesker i tog i de største byene i landet (Lønnå, 2019).

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Selvbestemt abort er sårbart tema, som har vært fremtredende i media den siste tiden. Jeg har vært interessert i kvinnehelse så lenge jeg kan huske, og bestemte meg for å skrive om provosert abort etter praksis på en gynekologisk avdeling. Her fikk jeg være med på både spontan- og provosert abort, som vekket min interesse for dette temaet. I løpet av praksisperioden kom jeg i kontakt med flere kvinner om oppsøkte avdelingen for å få utført en selvbestemt abort. Noen av kvinnene var veldig sikre på valget, mens andre var mer usikre på om de skulle fullføre eller avbryte svangerskapet. Jeg fikk se kvinner i en ekstrem sårbar posisjon, som fikk meg til å reflektere over hvor viktig det er at sykepleiere bidrar til trygghet hos kvinner som tar selvbestemt abort.



### 1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos gravide kvinner som ønsker å få utført medisinsk abort på sykehus?

### 1.4 Avgrensning

Denne oppgaven vil kun ta for seg medisinsk abort da det er denne metoden som det blir utført flest av i Norge (Jerpseth, 2016, s. 160). Medisinsk abort kan utføres både hjemme og på sykehus, men da mitt fokus er trygghet har jeg valgt å begrense oppgaven til medisinsk abort som blir utført på sykehus. Grunnet oppgavens omfang, har jeg valgt å sette flere begrensninger på innholdet i oppgaven. Jeg vil kun ta for meg kvinner som utfører abort før utgangen av 12. svangerskapsuke, da det er lovlige grensen for selvbestemt abort (Abortforskriften, 2001). Mitt fokus vil være på voksne kvinner som er bosatt i Norge, Sverige og Danmark, da de har en lignende abortlov og velferdsstat. Jeg velger å definere voksne kvinner som kvinner over 16 år, i henhold til den seksuelle lavalderen i Norge. Der det er naturlig i oppgaven har jeg valgt å bruke termene «hun» om sykepleieren og «kvinner» om pasientene. Jeg vil kun gi en kort innføring i den tekniske prosedyren ved medisinsk abort.

### 1.5 Begrepsforklaring

**Sykepleier:** En sykepleier er et menneske på samme måte som alle andre, men har visse spesialiserte kunnskaper. Sykepleieren er i stand til å bruke kunnskapen for å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, finne mening i sykdom eller å opprettholde en optimal helsetilstand (Travelbee, 1999, s. 72).

**Trygghet:** Begrepet har mange og delvis varierende betydninger. Det kan beskrive en indre tilstand som sikker, rolig, ubekymret og tillitsfull. Det kan også beskrive ytre forhold som dekket, sikret og farefri. Trygghet er noe vi erfarer, og vi kan ikke vite om noen opplever trygghet uten å snakke med vedkommende. Man kan ikke kommandere noen til å være trygg (Segesten, 2016, s. 147-148).

**Medisinsk abort:** Prosedyren blir gjennomført ved å svelge en abortfremkallende tablett. Etter 36-48 timer legges fire tabletter inn skjeden, som fører til at livmoren kontraherer og at festet av morkaken i livmorveggen begynner å løsne (Nesheim, 2019).

## 1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av en innledning, en hoveddel og en avslutning og er delt inn i sju kapitler: innledning, metode, teori, resultat, drøfting, konklusjon og litteraturliste. Innledningen inneholder en presentasjon av tema, bakgrunn for valg av tema, en problemstilling med avgrensninger og begrepsforklaring. I kapittel to blir metoden beskrevet, samt litteratursøk, kildekritikk og etiske overveielser. Teorien legger fram relevant litteratur for å belyse problemstillingen. I resultatkapittelet presenteres både metoden og funn fra valgte forskningsartikler. Kapittel fire inneholder drøfting av teori, forskning og egne erfaringer fra praksis. I siste kapittel legges konklusjonen frem, før litteraturlisten presenteres i kapittel sju.

## 2 Metode

Metode blir beskrevet som en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap. Metoden forteller da noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve ny kunnskap. Begrunnelsen for å velge én bestemt metode er at det er den valgte metoden som egner seg best for å belyse problemstillingen på best mulig måte. Metoden vil hjelpe oss til å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2017, ss. 51-52).

Kvalitativ- og kvantitativ metode er to ulike metoder som brukes for å innhente informasjon fra forskning som skal anvendes i oppgaven. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter og gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner, som å finne gjennomsnittlig tall i en gruppe. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52).

## 2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven vil bli gjennomført som en litteraturstudie, da det vil gi et bredt spekter av opplevelser fra både pasienter og helsepersonell (Dalland, 2017, s. 211). Litteraturstudie handler om å systematisk søke, kritisk gjennomgå og compilere litteraturen innenfor et valgt tema eller problemområde (Forsberg & Wengström, 2016, s. 30). På bakgrunn av problemstillingen min, ønsker jeg å fokusere på kvalitative forskningsartikler, da denne metoden skal fange opp opplevelser og meninger fra både sykepleiere og kvinnene.

## 2.2 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur og forskning knyttet til mitt tema og problemstilling har jeg benyttet meg av høyskolens bibliotek. Gjennom biblioteket fant jeg tre bøker som jeg har anvendt i oppgaven; «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» av Joyce Travelbee (1999), «Bogen om provokert abort. Perspektiver og utfordringer» av Jacob Birkler (2014) og «Obstetikk og gynekologi, kapittel 30» av Britt-Inger Nesheim (2015). Av pensumlitteratur har jeg anvendt «Klinisk sykepleie Bind 2, kap. 20» av Jerpseth (2016), «Kommunikasjon i relasjoner» av Eide & Eide (2017), «Etikk i sykepleien, kap. 1» av Odland (2016), «Sentrale begrepet og fenomener i klinisk sykepleie, kap. 8» av Segesten (2016), «Metode og oppgaveskriving» av Dalland (2017) og «Klinisk sykepleie Bind 2, kap. 10» av Danielsen, Berntzen & Almås (2016).

For å finne forskningsartikler brukte jeg databasene CINAHL, Academic Search Elite og MEDLINE. Databasene fikk jeg tilgang til gjennom høyskolens bibliotek, ved å bruke min egen bruker som student. Jeg prøvde forskjellige kombinasjoner av søkeord. Søkeordene jeg endte opp med å bruke var «abortion», «ambivalence» og «women», som ga 174 resultater. Ut fra alle overskriftene på første side, bestemte jeg meg for å bruke artiklene 2, 3, 6 og 11. Artiklene jeg valgte var «Walking on a tightrope - Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester» (Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen & Gjengedal, 2018), «Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review»

(Petersen, Jessen-Winge & Møbjerg, 2018), «Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective» (Aléx & Hammarström, 2004) og «Reasons women give for abortion: a review of the literature» (Kirkman, Rowe, Hardiman, Mallett & Rosenthal, 2009).

Jeg så på kildene til artiklene jeg valgte, for å se om det var annen relevant forskning jeg kunne bruke i oppgaven. På kildelisten til artikkelen «Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review» (Petersen et al., 2018), fant jeg artikkelen «Women's existential experiences within Swedish abortion care» (Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011).

### 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk brukes for å fastslå om en kilde er sann, ved å vurdere og å karakterisere litteraturen som er funnet (Dalland, 2017, s. 158). Jeg har for det meste anvendt pensumlitteratur fra sykepleiestudiet, men har også anvendt litteratur og forskning funnet i bibliotekets database. På bakgrunn av at litteraturen og forskningen som er brukt er pensumlitteratur eller funnet gjennom høyskolens bibliotek, mener jeg at kildene er pålitelige. Forskningsartiklene jeg har anvendt er fagfellevurdert, som betyr at artiklene er vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet. Jeg har også hatt fokus på å bruke forskning fra Norge, Sverige og Danmark da disse landene har lignende en velferdsstat og abortlovgivning. I oppgaven har jeg brukt to oversiktsartikler, fordi disse tar opp og kritisk vurderer forskning som allerede er publisert. Jeg har forsøkt å være kritisk til disse, da innholdet i artiklene kan ha blitt tolket på en annen måte av forfatterne. En svakhet er de engelske forskningsartiklene og den danske litteraturen, har jeg selv oversatt til norsk. Det kan være fare for at jeg har oversatt feil eller tolket innholdet på en annen måte enn forfatterne mente. Da jeg i denne oppgaven har gjengitt litteratur og oppsummert forskningsartikler, er det en fare for at mine personlige tolkninger og holdninger kan påvirke hvordan litteraturen tolkes. Studien til Aléx & Hammarström (2004) er over 10 år, men jeg har valgt å inkludere den da jeg mener den har stor relevans for oppgaven.

## 2.4 Etske overveielser

Dalland (2017) sier at forskning ikke skal skje på bekostning av enkeltmenneskets velvære og integritet, og at det er etiske utfordringer i alle faser av forskningen. I henhold til dette har jeg kun brukt forskningsartikler som er godkjent av en forskningsetisk komité. Dette betyr at kvinnene i studiene har blitt behandlet på en etisk riktig måte.

## 3 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere lovverk og sentrale føringer og Joyce Travelbees sykepleieteori. Videre skriver jeg som selvbestemt abort, holdninger og sykepleiers rolle ved medisinsk abort.

### 3.1 Lovverk og sentrale føringer

I Abortforskriften står det at kvinner som fremsetter begjæring om svangerskapsavbrudd skal få opplysninger om inngrepet og hva samfunnet kan tilby henne. «Informasjonen og veiledning etter denne bestemmelsen skal gis på en objektiv måte og uten at legen/nemda gir uttrykk for sine personlige vurderinger» (Abortforskriften, 2019, §2). Helsepersonell kan av samvittighetsgrunner fritas for å utføre eller assistere ved abort (Abortforskriften, 2001, §15; Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2016). «Ved medikamentell abort gjelder retten til fritak for helsepersonell som assisterer ved eller utfører avbruddet, herunder forskriver eller administrerer medikamenter i forbindelse med svangerskapsavbruddet. Dette gjelder selv om kvinnen selv inntar medikamentene» (Abortforskriften, 2001, §15).

Abortloven (2001, §14) sier at sykehustjenesten skal organiseres slik at kvinnen til en hver tid skal få utført svangerskapsavbrudd. I Abortforskriften (2001, § 17) står det at «(...) Helsepersonell som søker stilling ved sykehus eller annen institusjon hvor svangerskapsavbrudd vil kunne bli utført, skal på anmodning oppgi om de ønsker seg fritatt fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd».

Norsk Sykepleierforbud (2016) skriver at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene». Som sykepleier har vi en plikt til å ivareta den enkelte pasients integritet og verdighet, gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp og aktivt bidra til å imøtekomme sårbare gruppers behov for helsehjelp. For å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg, skal sykepleier gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at den er forstått (NSF, 2016).

### 3.2 Joyce Travelbee

Jeg har valgt å benytte meg av Joyce Travelbees sykepleieteori da jeg mener at den er relevant for min problemstilling. Travelbee hadde fokus på utvikling av relasjoner mellom sykepleier og pasient, og hun var opptatt av at alle mennesker er unike individer. Hun definerer et menneske som et unikt og uerstattelig individ, lik og samtidig ulik alle andre mennesker (Travelbee, 1999, s. 54).

Menneske-til-menneske-forholdet blir beskrevet som et virkemiddel som gjør det mulig å hjelpe et menneske med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, men også å finne mening i disse erfaringene. All interaksjon mellom sykepleier og pasienten vil være med å oppfylle sykepleiers mål og hensikt, slik mennesket mestrer sykdom og lidelse (Travelbee 1999). Kjennetegnet ved et slikt forhold er at både sykepleieren og pasienten oppfatter og behandler hverandre som unike individer, og det er en gjensidig prosess som bygges opp av både sykepleieren og pasienten (Travelbee, 1999, s. 178). Den profesjonelle sykepleieren skal ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk, som betyr at hun målrettet og bevisst skal kunne bruke sin egen personlighet og kunnskap for å danne et forhold til enkeltmennesket og strukturere sykepleietiltak (Travelbee, 1999, s. 44).

### 3.3 Selvbestemt abort

Det har i alle tider eksistert uplanlagte og uønskede svangerskap, og abortpraksisen har hatt store endringer gjennom tidene (Nesheim, 2015, s. 319). Går vi helt tilbake til antikken, var provosert abort en praksis som ikke ble fordømt, men ofte anbefalt dersom folkemengden ble for stor. Det var ikke før kristendommen tok inntog at menneskelivets ukrenkelighet ble grunnfestet, og fosteret fikk en særlig rett til liv. Dette førte til at provosert abort forbudt, fordømt og forbundet med forskjellige straffeutmålinger (Birkler, 2014, s. 12).

Selvbestemt abort kan utføres kirurgisk eller medikamentelt, men i denne oppgaven vil jeg bare nevne den medikamentelle prosedyren. Før inngrepet må svangerskapets varighet bestemmes, som gjøres ved hjelp av en gynekologisk undersøkelse (Nesheim, 2015, s. 320). Selve aborten starter ved at kvinnen svelger en tablett med virkestoffet Mifeprison, som stanser utvikling av graviditeten. Tabletten gis av sykepleier på gynekologisk poliklinikk, og kvinnen reiser deretter hjem. Etter to dager får kvinnen fire tabletter med virkestoffet Misoprostol i skjeden, som fører til at livmoren trekker seg sammen slik at graviditeten støtes ut. 95 prosent aborterer innen åtte timer (Nesheim, 2019; Helsedirektoratet, 2017).

De siste årene har aborttallene i Norge vært historisk lave og de er fremdeles fallende. I 2018 ble det utført 12 380 svangerskapsavbrudd i landet, og frekvensen går ned for alle aldersgrupper (15-49 år), fra 10,6 per 1000 kvinne i 2017 til 10,3 i 2018. 94,5 prosent av svangerskapsavbruddene var selvbestemte, og av disse ble 91 prosent utført medikamentelt (Stai & Bakke, 2019).

### 3.4 Menneskesyn og holdninger

Siden 1975 har kvinner i Norge hatt rett til selvbestemt abort før utgangen av 12 svangerskapsuke, og temaet har i alle år vekket sterke følelser og omfattende debatter i samfunnet (Lønnå, 2019). Motstandere av selvbestemt abort sammenligner abort med drap på mennesker, mens tilhengere mener at et foster ikke har status som et menneske (Birkler, 2014). Siden 70 prosent av den norske befolkningen er medlem av Den norske kirke (Statistisk sentralbyrå, 2018), har jeg valgt å ta med kirkens holdninger til abort. Den norske

kirke mener at et menneskeliv starter ved unnfangelsen, og at det ufødte liv derfor har krav på vern og beskyttelse, uavhengig av stadium i livsprosessen (Kirken, 2014).

I arbeidet med mennesker kan individuelle menneskesyn bidra til å forme moralske holdninger. Menneskesynet representerer våre grunnleggende verdier og vises gjennom våre holdninger og handlinger (Odland, 2016). Holdninger blir beskrevet som: «en tendens til å tenke, føle og handle positivt eller negativt overfor noe, som bestemte objekter, mennesker, ideer, verdier, med mer» (Svardal, 2018). Holdningene kan være overført fra familie og venner, men de kan også være basert på kunnskap og erfaringer, og kommer ofte til uttrykk gjennom våre oppfatninger og meninger, positive eller negative følelser og i handlinger og reaksjoner (Svardal, 2018).

Selvbestemt abort er en praksis som handler om grunnleggende verdier, etiske spørsmål, menneskesyn og livssyn (Birkler, 2014, s. 10). Sykepleiers syn på sykdom og lidelse, samt hennes åndelige verdier og livssyn vil ha en dyp innvirkning på hennes holdninger og dermed kvaliteten på omsorgen hun gir. Ved å ha innsikt i egen atferd vil man kunne gi slipp på automatiske og stereotype reaksjoner, og bidra til etablering av mer virkningsfulle relasjoner (Travelbee, 1999). Kirkman, Rowe, Hardiman, Mallet & Rosenthal (2009) sier i sin studie at kunnskap om kvinners grunner til å utføre abort er essensielt i forståelsen av abort. Dette er fordi mange mennesker har ulike meninger og antagelser om hvorfor kvinner tar abort, som ikke stemmer overens med det kvinnene forteller.

### 3.5 Sykepleiers rolle til medisinsk abort

Sykepleieren blir ofte møtt med umiddelbar troverdighet og tillit. Dette medfører en betydelig makt, som sykepleieren må være bevisst på (Eide & Eide, 2017). Sykepleieren skal vise interesse for den andre og ha varsomhet for kvinnens grenser og ønsker om å dele sine opplevelser. Sykepleieren må forholde seg til at mennesker er ulike, og at vi alle tenker, handler og lever forskjellig (Jerpseth, 2016, s. 134).



### 3.5.1 Informasjon

For mange kvinner er valget om å ta abort preget av ambivalens (Jerpseth, 2016), og sykepleieren skal kunne balansere sin involvering på en god måte, uten å påvirke beslutningen (Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen & Gjengedal, 2018). Når et menneske skal gjennomgå et inngrep, har de ofte et stort behov for kunnskap og informasjon, enten om inngrepet, bivirkninger av medisiner og inngrep og psykiske reaksjoner. Kvinner som tar abort ønsker ofte å få informasjon om smerter, blødning og annet ubehag (Jerpseth, 2016). Dersom sykepleier informerer om dette kan det gi kvinnen en følelse av kontroll, trygghet og mestring. Det er viktig at informasjonen som gis bidrar til å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig, slik at kvinnen vet hva som skal skje og hvordan hun skal forholde seg til situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 219).

### 3.5.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er overføring eller utveksling av meninger eller budskap mellom individer. Verbal kommunikasjon skjer muntlig eller skriftlig, ved hjelp av ord. Nonverbal kommunikasjon er overføring av budskap uten bruk av ord, men gjennom ansiktsuttrykk, berøring, kroppsholdning og gester (Travelbee, 1999, s. 138). Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som en prosess som gjør at sykepleieren er i stand til å skape et menneske-til-menneske-forhold, og dermed oppfylle sykepleiers mål og hensikt. En stor del av kommunikasjonen vår er nonverbal, og sykepleiernes nonverbale kommunikasjon er viktig. Nonverbale uttrykk avslører ofte spontane reaksjoner som man kanskje ikke er bevisst på selv. For å kunne skape den tryggheten og tilliten den andre trenger for kunne åpne seg, er det viktig at sykepleieren møter den andre på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte (Eide & Eide, 2017, s. 137).

### 3.5.3 Konsekvenser for kvinnens grunnleggende behov

**Smerte og ubehag:** Smertene ved medikamentell abort blir beskrevet som sterke menstruasjonssmerter. Kvinnene kan også få avføringstrang, kvalme, oppkast og hodepine (Jerpseth, 2016, s. 160). Smerte er en svært sammensatt subjektiv opplevelse som har store variasjonen fra person til person, og bare den som selv kjenner smerten kan vite hvordan den føles (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383).

Sykepleiere har altså et stort ansvar for å lindre kvinnens smerter, og det er nødvendig med en gjensidig tillit mellom kvinnen og sykepleier for å oppnå god smertelindring (Danielsen et al., 2016, s. 388). Kvinnen kan trenge smertelindring både før og etter inngrepet, og sykepleier skal administrere smertestillende profylaktisk og ved behov. Mange opplever også god lindring ved korsryggmassasje og varmekasser (Jerpseth, 2016, s. 162).

**Blødning:** Ved medikamentell abort forventes det blødning som ved en normal menstruasjon. Det er fortsatt viktig at sykepleier observerer blødningen, både mengde, utseende, koagler og eventuelle svangerskapsrester. Dette kan gjøres ved å inspisere bind og ved bruk av bekken. Ved kraftige blødninger skal sykepleier observere vitale tegn som respirasjon, puls, blodtrykk, diurese og hudfarge med tanke på utvikling av hypovolemi (Jerpseth, 2016, s. 162).

**Komplikasjoner:** Noen ganger kan fosterrester bli sittende igjen i uterinhulen, og kvinnen kan få symptomer som blødning, smerter og feber. Dette kan indikere en infeksjon. En utskrapning må da gjennomføres og kvinnen behandles med antibiotika (Jerpseth, 2016, s. 160). Omtrent tre prosent av kvinnene trenger en utskrapning etter en medikamentell abort (Nesheim, 2019).

## 4 Resultat

### 4.1 «Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review»

Mille Nyboe Petersen, Christina Jessen-Winge & Anna Christine Meinertz Møbjerg (2018).

Hensikten med denne systematiske vurderingen var å utforske kvinners erfaringer med selvbestemt abort, både før, under og etter inngrepet. Forfatterne brukte kvalitative studier som inkluderte kvinner over 15 år som bodde i Danmark, Norge og Sverige. Søket ga 53 studier, men kun 6 studier ble ansett som å ha tilstrekkelig metodisk kvalitet for inkludering.

Gjennomgangen av studiene viste at kvinnene som hadde utført en selvbestemt abort hadde konfliktfylte følelser. Mange kvinner uttrykte følelser som glede og lykke over graviditeten og deres fertilitet, samtidig som de opplevde skam og skyld i forhold til menstruasjonssyklus og prevensjonsmidler. Selv om de fleste kvinnene opplevde glede over svangerskapet, ble abort det forventede og nødvendige valget for både praktiske og eksistensielle grunner. Under inngrepet opplevde veldig mange verre smerter og ubehag enn forventet. Etter aborten uttrykte de fleste kvinnene ambivalens: de var lettet over at svangerskapet var avsluttet og en følelse av tap. Noen kvinner led av skyld og anger. Helsepersonellet ble beskrevet som gode og profesjonelle når det gjaldt fysiske behov, men hadde lite eller ingen fokus på kvinnenes eksistensielle og emosjonelle behov.

#### 4.2 «Reasons women give for abortion: a review of the literature»

Maggie Kirkman, Heather Rowe, Annarella Hardiman, Shelly Mallett & Doreen Rosenthal (2009).

Hensikten med denne litteraturgjennomgangen var å identifisere kvinners grunner for å utføre en abort. Forfatterne skriver at kunnskap om dette er et viktig aspekt i forståelsen av abort. Et søk ble utført av fagfelleverderte engelske publikasjoner. Søket ga 1359 studier, men kun 19 møtte kriteriene for inkludering. Studiene var fra Sverige, USA, Hellas, Canada, Australia, Danmark, Nederland og Norge.

I studien kommer det fram ulike grunner for at kvinner tar abort. Flere kvinner sa at graviditeten skjedde på feil tidspunkt, enten på grunn av alder, utdanning, jobb og forholdet til den genetiske far. Noen kvinner hadde ikke et ønske om å få barn, mens andre mente de hadde nok barn fra før. Kvinnens fysiske og psykiske helse spilte også inn på valget om abort, samt deres økonomiske status. Ambivalens var ofte tydelig i kvinners bevissthet om grunner for å fullføre graviditeten, men abort ble valgt da fullføring av graviditeten ble vurdert til å ha negative effekter på kvinnen og deres pårørendes liv.

#### 4.3 «Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective»

Lena Aléx & Anne Hammarström (2004).

Hensikten med denne kvalitative studien var å analysere kvinners erfaringer med selvbestemt abort fra et feministisk perspektiv. Fem kvinner i alderen 19-33 år ble intervjuet ca. en måned etter abort. Intervjuene ble analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse. Utvalget av deltakere ble gjort gjennom jordmødre på tre helsestasjoner i Nord-Sverige.

Studien viste at barndomsopplevelser, økonomiske problemer, å være for ung og å ha et usikkert partnerskap påvirket kvinnenes beslutning for å ta abort. Kvinnene hadde ofte en positiv holdning til abort generelt, men hadde negative holdninger til sin egen abort. Helsepersonellet ble beskrevet som enten støttende, positive og informerende eller kalde, negative og ignorant. Noen kvinner opplevde at helsepersonellet provoserte fram følelser som skam, tristhet, ensomhet og usikkerhet. «She felt that the nurse was cold, ignorant and lacking understanding when she reprimanded her because of the blood in her bed» (Aléx & Hammarström, 2004, s. 163). Noen kvinner beskrev at smertene og ubehaget var verre en de hadde trodd. Etter aborten fikk kvinnene en følelse av tomhet, modenhet og erfaring, selv om deres ambivalens var vedvarende. Studien konkluderer med at helsepersonellet må være oppmerksomme på kvinnenes komplekse opplevelser med aborter for å kunne støtte og styrke kvinner som søker abort.

#### 4.4 «Women's existential experiences within Swedish abortion care»

Maria L. Stålhandske, Maria Ekstrand & Tanja Tydén (2011).

Hensikten med denne kvalitative studien var å utforske svenske kvinners erfaringer med abortomsorgen med tanke på deres behov for eksistensiell støtte. Studien ble utført ved individuelle dybdeintervjuer av 24 kvinner med tidligere erfaring med uønsket graviditet og abort. Intervjuene ble analysert ved bruk av innholdsanalyse.

Svensk abortomsorg ble beskrevet som nøytralt, effektivt og rasjonelt, med et dominerende fokus på de fysiske problemene istedenfor de eksistensielle. Selv om kvinnene i studien mottok lignende behandling fra helsepersonellet, ble behovene deres uttrykt forskjellig. For noen kvinner var det tilstrekkelig at helsepersonellet fokuserte på det fysiske, mens for andre kvinner utløste inngrepet moralske og eksistensielle spørsmål om livet, som de hadde behov for å reflektere over for å kunne akseptere valget. Mange kvinner ble skuffet over at personalet ikke klarte å respondere til deres tanker og følelser knyttet til aborten. For å sikre at helsepersonellet oppfyller de fysiske, psykiske og eksistensielle behovene til hver pasient, ble det konkludert et behov for bedre ressurser og nye utdanningslinjer for å sikre at helsepersonellet er utstyrt for å håndtere de eksistensielle aspektene ved abortbehandling.

#### 4.5 «Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester»

Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen & Eva Gjengedal (2018).

Hensikten med denne kvalitative studien var å forbedre forståelsen og kompetansen til helsepersonell i pleien til ambivalente gravide kvinner. Målet var å utforske erfaringene i møte med kvinner som er usikre på om de skal fullføre eller avslutte svangerskapet. Det ble utført fokusgruppe intervjuer med 19 sykepleiere og én lege fra fire gynekologiske poliklinikker og avdelinger i Norge.

Helsepersonellet følte et ansvar for å bidra til pasientens velvære. De prøvde å balansere omsorg og støtte, uten å påvirke kvinnenes valg. Helsepersonellet beskrev kvinnene som sårbare, lett påvirkelig og potensielt ambivalente til valget. De følte seg ansvarlige for å avsløre usikkerheten, med tanke på at valget er irreversibelt og at kvinnene har et tidspress på seg. «They have to be fully decided when they swallow that tablet» (F2).

Helsepersonellets møte med ambivalens ble beskrevet som en balanse mellom å være aktivt involvert og samtidig holde tilbake: «it is demanding to be in such a situation. You have to be

involved and, at the same time, not influence» (F2). Grunnene de beskriver for å bli involvert i kvinnes usikkerhet var ensomhet blant kvinnene, stigma og mangel på samtalepartnere. Involveringen gjorde at helsepersonellet risikerte å bli konfrontert med sin egen sårbarhet og verdier, og de ønsket muligheten for umiddelbar debrifing og regelmessig rådgivning etter konsultasjonene.

## 5 Drøfting

Gjennom drøftingen vil jeg bruke mot teori og forskning, og knytte dette opp mot egne erfaringer. Fokuset vil være hvordan sykepleiers kommunikasjon, holdninger, informasjon og støtte har innvirkning på kvinnes opplevelse av trygghet.

### 5.1 Kommunikasjon

Ved medisinsk abort er møtet mellom sykepleier og kvinnen innenfor en kort periode, da 95 prosent av kvinnene aborterer innen åtte timer (Helsedirektoratet, 2018). Kvinnene blir oftest både innlagt og utskrevet på samme dag, dermed har sykepleieren liten tid til å etablere en tillitsfull og god relasjon. Min erfaring fra praksis er at det er viktig å prøve å danne en god relasjon, selv om man kun møter pasienten over en kort periode. Her støtter jeg meg til Travelbee (1999) som mener at en god relasjon vil kunne bidra til trygghet og hjelpe pasienter å mestre opplevelsene. Kommunikasjonen vil være viktig for utvikling av relasjon, da den enten kan trekke mennesker nærmere eller støte dem bort. God kommunikasjon vil hjelpe sykepleieren til å forstå kvinnen og deres relasjon, gi dem bedre støtte og styrke deres følelse av trygghet (Eide & Eide, 2017).

Ut fra min erfaring har jeg sett at det er en fordel å vite hva som er viktig for den enkelte pasienten. Eide & Eide (2017) mener at man kan finne ut av dette ved å være oppmerksom, lytte aktivt til det kvinnen uttrykker verbalt og nonverbal og kommunisere klart og tydelig. Både Eide & Eide (2017) og Travelbee (1999) mener at det er viktig for kommunikasjonen at sykepleieren forholder seg åpent og anerkjenner kvinnen som et unikt individ. Gjennom

praksis har jeg erfart at innholdet i det som kommuniseres kan noen ganger tolkes forskjellig. Her støtter jeg meg til Eide & Eide (2017) som sier at sykepleiere bør ha innsikt i hvordan det de kommuniserer kommer til uttrykk, da det vil det ha en betydning for hvilken oppfatning kvinnen har av det som ble formidlet. I studien til Stålhandske et al. (2011) kan vi se et eksempel på dette. Helsepersonellet prøvde å ikke opprøre kvinnene ved å unngå å bruke ord som «foster», som endte med at kvinnene opplevde pleien som distansert og følte at helsepersonellet unngikk det emosjonelle aspektet ved aborten.

Travelbee og Eide & Eide (1999, 2017) mener at sykepleierens nonverbale kommunikasjon er spesielt viktig, da en stor del av kommunikasjonen foregår nonverbalt. Det er gjennom det nonverbale en sykepleier signaliserer hennes ønske om å hjelpe, noe som vil være av stor betydning for om kvinnen føler seg trygg eller ikke. Min erfaring er at de aller fleste voksne mennesker opplevd å bli møtt med et skeptisk blikk eller en nedlatende tone. Slike møter kan gi en umiddelbar følelse av usikkerhet, og i følge Eide & Eide (2017) vil det som kommer til uttrykk nonverbalt ofte blir oppfattet tydeligere og mer direkte enn ordene som faktisk blir formidlet. Det er derfor viktig at sykepleiere er bevisst på sin nonverbale kommunikasjon. Ved å ha kunnskap om egne nonverbale signaler, vil det bidra til å være mer oppmerksom på hvordan vi blir oppfattet av andre (Eide & Eide, 2017). Jeg tror at det å være observant på egen nonverbal kommunikasjon og ha kunnskap i hvordan man bruker den, vil ha særlig positiv betydning i møtet med sårbare mennesker.

## 5.2 Holdninger

Gjennom praksis på gynekologisk avdeling møtte jeg flere kvinner som fortalte at de ikke hadde snakket med noen om at de skulle ta abort, på grunn skam eller en frykt om å bli fordømt eller utstøtt. Ved å se på samfunnets holdninger og aborthistorien i Norge, kan man se at kvinner som tar abort både har vært i, og fortsatt er i en vanskelig og sårbar situasjon. Temaet har i lang tid åpnet opp for etiske og filosofiske spørsmål om blant annet fosterets rett til liv, kvinners rett til abort og helsepersonellens rett til å reservere seg fra å utføre inngrepet (Birkler, 2014). På gynekologisk avdeling fikk jeg inntrykk av at sykepleierne hadde en generell god holdning til selvbestemt abort. Jeg opplevde derimot at kvinner som var innlagt med spontan abort ofte fikk raskere hjelp enn kvinner som tok selvbestemt abort.

Denne prioriteringen kan i noen tilfeller skyldes en holdning om at kvinner som tar selvbestemt abort har valgt dette selv, i motsetning til kvinner som aborterer spontant. Min erfaring er at de aller fleste tilfellene blir faglig vurdert på bakgrunn av kvinnens behov for helsehjelp. Kvinner oppgir både psykiske, fysiske, sosiale og økonomiske grunner til å ta abort. Mange kvinner opplever valget som veldig vanskelig og er preget av ambivalente følelser (Jerpseth, 2016; Kjelsvik et al., 2018; Kirkman et al., 2009).

I løpet av min praksis fikk jeg spørsmål om hvilke arbeidsoppgaver jeg hadde på avdelingen. Når selvbestemt abort ble nevnt, ble jeg møtt med ulike reaksjoner. Noen uttrykte selvbestemt abort som en nødvendig og åpenbar rettighet, mens andre mente at abort var drap og at det ble brukt som et prevensjonsmiddel. Slike stereotypiske forestillinger vil ha stor betydning i møte med kvinner som tar abort. Travelbee (1999) mener at for å oppnå en relasjon må stereotypiske forestillinger legges bort og man må se på den andre som et eget individuelt menneske. Hun skriver også at mennesker har en tendens til å dømme andres atferd, både positivt og negativt Travelbee (1999). Holdninger er en del av det å være et menneske, og må man akseptere at holdningene finnes for å kunne endre dem (Travelbee 1999). Sykepleiere bør bli bevisst på deres holdninger og hvordan holdningene påvirker den andre. Ved å møte kvinnene forståelse, vennlighet og respekt kan sykepleieren bidra til trygghet og at kvinnene opplever situasjonen på best mulig måte.

Forskning viser at kvinner som tar abort har varierende opplevelser i møtet med helsepersonell. De fleste kvinner beskrev sykepleierens tilnærming til deres fysiske behov som god (Stålhandske et al., 2011; Aléx & Hammarström, 2004; Petersen et al., 2018). Jerpseth (2016) mener at en som sykepleier skal støtte kvinnens valg og møte henne med forståelse og respekt. Til tross for dette opplevde kvinner i en studie helsepersonellet som kalde, negative og uvitende og fikk forsterket følelsen av skam, ensomhet og usikkerhet. En kvinne i studien forteller: «I was ashamed that I was bleeding and dirtying their hospital beds» (Aléx & Hammarström, 2004, s. 163).

Jeg mener at et sykehus skal være et trygt sted for kvinner som skal ta abort, der de ikke møtes av stereotypiske forestillinger og negative holdninger. For å dette kan det fastsettes i ansettelsesvilkårene at sykepleierne må være villige til å påta seg plikter og oppgaver som



påhviler stillingen, og de skal på anmodning oppgi om de ønsker seg fritatt fra å utføre eller assistere ved selvbestemt abort (Abortforskriften, 2001, §17). Selv tror jeg at ved å ha en slik ansettelsesprosess kan man sikre at kvinner føler seg trygge og ivaretatt når de skal utføre en abort.

### 5.3 Informasjon

Når en kvinne skal gjennomføre en abort, har hun behov for informasjon på lik linje som alle andre pasienter. Abortforskriften (2019, §2) sier at legen skal på en objektiv måte gi tilstrekkelig informasjon til kvinnen om inngrepets art og medisinske virkninger. Min erfaring fra tidligere praksis er at pasienter ofte henvender seg til sykepleiere for informasjon, ofte på grunn av at sykepleierne er lett tilgjengelige. Mennesker har i ulik grad behov for informasjon og bruker forskjellige fremgangsmåter for å få svar på sine spørsmål. Det kan blant annet være gjennom internett, venner, familie og helsepersonell. Noen av kvinnene jeg møtte ønsket generell informasjon om inngrepet, mulige bivirkninger og komplikasjoner, mens andre ønsket en mer omfattende og detaljert informasjon. Som sykepleiere har vi en plikt til å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon, og sørge for at den er forstått (NSF, 2016). Allikevel viser forskning at flere kvinner opplevde at de ikke fikk nok informasjon på det som ventet dem i forbindelse med smerter, blødninger og emosjonelle reaksjoner (Stålhandske et al., 2011; Petersen et al., 2018; Aléx & Hammarström, 2004). Mange pasienter kan uttrykke at de ikke har fått den informasjonen de har krav på, selv om helsepersonellet mener de har gitt tilstrekkelig informasjon. Årsaken til dette kan være at pasientene er i en sårbar og skremmende situasjon med mange forskjellige inntrykk, og derfor ikke klarer å forholde seg til eller huske det som blir formidlet. Ved å informere når man har pasientens fulle oppmerksomhet kan bidra til at de klarer å huske informasjonen som blir gitt (Eide & Eide, 2017, s. 219).

Jerpseth (2016, s. 160) skriver i boken «Klinisk sykepleie bind 2» at ved medikamentell abort får kvinnen sterke menstruasjonssmerter, og blødning som ved en normal menstruasjon. Dette kan være misledende da kvinner har ulik oppfatning om hva som menes med sterke «menstruasjonssmerter» og normal «menstruasjonsblødning». Jeg referer da til Travelbee (1999) som sier: «Lidelsen er en erfaring som oppleves og gjennomlevs av individet. Hver

enkelt opplever den på sin egen unike måte» (s. 98). Dette støttes også av Danielsen, Berntzen & Almås (2016, s. 383) som påpeker at en bestemt smertestimulus vil gi varierende smerter hos forskjellige mennesker. Både mine erfaringer og forskning viser at det er store individuelle forskjeller i kvinners opplevelse ved abort. Noen kvinner ble overrasket over hvor lite de kjente av ubehag, mens andre opplevde ubehaget som mye verre enn det de var forberedt på (Aléx & Hammarström, 2004; Petersen et al., 2018). Dette viser at sykepleiere bør forbedre informasjon som gis til kvinner som skal gjennomgå en abort.

For at informasjonen skal kunne bidra til å gjøre kvinnens situasjon tryggere og så forutsigbar som mulig, er det viktig at informasjon og veiledning blitt gitt både før, under og etter inngrepet. På sykehusets internettside skal det ligge kvalitetssikker informasjon om inngrepet. Ved å informere kvinnene om dette før konsultasjonen, kan det forberede kvinnene og bidra til en følelse trygghet og en viss kontroll.

#### 5.4 Støtte

Travelbee (1999) sier at alle mennesker er unike individer med individuelle tanker, følelser og behov. For at en sykepleier skal kunne bidra til trygghet hos kvinner som tar abort er det viktig å vite hvilke behov den enkelte kvinnen har. Forskning viser at mange kvinner opplevde motstridende følelser til graviditeten, som glede, skam og skyld (Petersen et al., 2018). Gjennom praksis på gynekologisk avdeling erfarte jeg at valget om abort var for mange preget av ambivalente følelser. På dette tidspunktet i utdanningen hadde jeg lite erfaring og kunnskap til ambivalens, noe som førte til at jeg opplevde det som svært vanskelig å vite hvordan jeg kunne støtte disse kvinnene. Ved ambivalens hos kvinner som skal ta abort må man klare å balansere mellom å være aktivt involvert, men samtidig klare å begrense involveringen (Kjelsvik et al., 2018). Helsepersonellet i studien til Kjelsvik et al. (2018) beskriver involveringen som utfordrende, fordi de skulle vise omsorg og forståelse for kvinnens usikkerhet uten å påvirke beslutningen. I studien til Kirkman et al. (2009) kommer det fram at noen kvinner følte seg presset til å ta abort. I noen tilfeller vil det derfor være lurt at helsepersonell råder kvinnen til å bruke mer tid på beslutningen, notere ned argumentene og snakke med noen de stoler på (Kjelsvik et al., 2018). Når en sykepleier møter en kvinne med motstridende tanker rundt valget, vil det derfor være lurt å prøve å få

innsikt i hva som ligger bak denne usikkerheten. Dersom sykepleieren møter kvinnen på en måte som bidrar til trygghet, det vil si med en god holdning, god kommunikasjon og kvalitetssikker informasjon, kan det være den støtten kvinnen trenger for å sette ord på sine egne følelser.

Ut fra erfaring på gynekologisk avdeling observerte jeg store forskjeller i kvinners behov for å dele tanker og følelser. For noen kvinner kan abort utløse eksistensielle erfaringer om livet, livets mening og dødelighet (Stålhandske et al., 2011). I Stålhandske et al. (2011) sin studie beskrev kvinnene omsorgen og støtten de mottok som nøytral, rasjonell og effektiv, men opplevelsene ble uttrykt forskjellig. Noen kvinner var takknemlige for helsepersonellets nøytrale holdning, mens andre opplevde helsepersonellet som så nøytrale at deres eksistensielle behov ikke ble dekket. I følge NSF (2016) har sykepleiere en plikt til å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Allikevel kommer det også fram i studien til Pettersen et al. (2018) at kvinnene opplevde at helsepersonell hadde lite eller ingen fokus på deres eksistensielle behov. Grunnen til dette kan være at sykepleiere har lite kunnskap og erfaring i hvordan de skal støtte og ivareta eksistensielle behov, eller at de er usikre på hvordan de skal gå fram for å støtte kvinnene. Eide & Eide (2017) skriver at det ikke finnes en oppskrift på hvordan man fører eksistensielle samtaler. For å sikre at kvinnen mottar helhetlig omsorg er det viktig at sykepleieren er åpen, aksepterende og lyttende tilstede på kvinnens premisser (Eide & Eide, 2017, s. 336).

En sykepleier må kunne lytte til kvinnens opplevelse, og støtte henne til å beskrive hvilke følelser hun har og dilemmaer hun står ovenfor (Jerpseth, 2016, s. 162). Jerpseth refererer her til en studie gjort av Broen (2007) som beskriver at kvinner kan få langvarige plager etter en abort hvis de nekter seg selv i å snakke om hendelsen eller fornekter følelsene eller opplevelsene som kan oppstå (Jerpseth, 2016, s. 162). Dette støttes av Stålhandske et. al (2011) som mener at det bør være form for obligatorisk debriefing til kvinnene for å forebygge mulige plager som kan komme etter en abort. Som sykepleier er det viktig å bidra til at kvinnen føler seg trygg og hjelpe henne med å mestre og finne mening i opplevelsen hun har erfart (Travelbee, 1999).

## 6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg prøvd å svare på hvordan sykepleiere kan bidra til trygghet hos kvinner som tar medisinsk abort. Som sykepleier vil man hver dag møte mennesker i vanskelige situasjoner, og en kvinne som skal gjennomføre en abort er i en særlig sårbar situasjon. Møtet mellom sykepleier og kvinnen er innenfor en kort periode, og det første møtet vil derfor være av stor betydning. Gjennom kommunikasjon kan sykepleier etablere et tillitsforhold med kvinnen, som igjen vil ha innvirkning på hennes opplevelse av trygghet. For å lykkes i dette må sykepleieren være oppmerksom på sine egne holdninger. Sykepleieren må akseptere at holdningene eksisterer for å kunne møte kvinnen med forståelse og respekt. Dette fører oss videre til informasjon. Forskning viser at de fleste kvinner uttrykker bekymringer for smerter, blødninger og emosjonelle reaksjoner. Ved å gi tilstrekkelig informasjon om dette på en respektfull og vennlig måte kan kvinner få en opplevelse av trygghet og kontroll. Videre er det viktig at sykepleieren får innsikt i hvilke behov den enkelte kvinne har, for å kunne støtte og ivareta disse gjennom hele forløpet. Min konklusjon er vi bør følge NSF sine yrkesetiske retningslinjer som sier at sykepleie skal bygges på omsorg, barmhjertighet og respekt for den enkeltes liv og verdighet.

Gjennom denne oppgaven har jeg fått utdypet meg i et sårbart og vanskelig tema, som jeg mener at både samfunnet burde ha et større fokus på. I arbeidet med oppgaven opplevde jeg at pensumlitteraturen som ble anvendt hadde hovedfokus på spontanabort, og det var veldig lite fagstoff om kvinners opplevelse av trygghet ved medisinsk abort. Med tanke på at det i 2018 ble utført 12 380 svangerskapsavbrudd i Norge, mener jeg at det er viktig å forske på kvinners opplevelse av trygghet ved selvbestemt abort.

## 7 Bibliografi

Abortforskriften. (2001). Forskrift om svangerskapsavbrudd (FOR-2001-06-15-635). Hentet fra <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2001-06-15-635>

Abortforskriften. (2019). Forskrift om svangerskapsavbrudd (FOR-2019-03-25-322). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2001-06-15-635/§2>

Abortloven. (2001). Lov om svangerskapsavbrudd (LOV-1975-06-13-50). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1975-06-13-50>

Alex, L. & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scand J Caring Sci*, 18, 160-168. Hentet fra <http://search.ebscohost.com.galanga.hvl.no/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106759890&site=ehost-live>

Birkler, J. (2014). *Bogen om provokeret abort: perspektiver og utfordringer*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D. G, Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg, s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk* (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och present* (4.utg). Stockholm: Natur & Kultur.

Helsedirektoratet. (2017, 30. mai). *Abortmetoder*. Hentet 16. mai 2019 fra

<https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder#Medikamentell-abort>

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg, s. 133-168). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirken. (2014). *Abort*. Hentet 31. mai 2019 fra

<https://kirken.no/nb-NO/om-kirken/diakoni-og-samfunnsansvar/abort/>

Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S. & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: A review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 12(6), 365-378. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0084-3>

Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope-Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing* 27(21-22), 4192-4202. <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>

Lønnå, E. (2019, 25. mars). *Abortkampen*. I Store norske leksikon. Hentet 11. mai 2019 fra <https://snl.no/abortkampen>

Nesheim, B-I. (2015). Provosert abort. I Maltau, J. M., Molne, K. & Nesheim, B-I. (Red.), *Obstetikk og gynekologi* (3. utg., s. 319-322). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nesheim, B-I. (2019, 7. mars). *Abort*. I Store medisinske leksikon. Hentet 6. mai 2019 fra <https://sml.snl.no/abort>

Norsk Sykepleierforbund [NSF]. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 31. mai 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Odland, L-K. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg, s. 25-

42). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Petersen, M. N., Jessen-Winge, C, & Møbjerg, A. C. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 1537-1563.  
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.11124/JBISRIR-2017-003344>

Segesten, K. (2016). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg, s. 146-158). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Stai, M. L. & Bakke, K. A. (2019, 8 mars). *Fakta om abort (med 2018-tal)*. Hentet 25. april 2019 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>

Statistisk sentralbyrå. (2018, 4 juni). Den norske kirke. Hentet 31. mai fra [https://www.ssb.no/kirke\\_koetra](https://www.ssb.no/kirke_koetra)

Stålhandske, M. L., Ekstrand, M. & Tydén, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 35-41. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.545457>

Svartdal, F. (2018, 8. juni). *Holdning*. I Store norske leksikon. Hentet 8. mai 2019 fra <https://snl.no/holdning>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Årrestad, K. P & Apalnes, C. F. (2013). *Dømt til døden for å fjerne fosteret*. Hentet fra <https://www.nrk.no/ho/domt-til-doden-for-a-fjerne-foster-1.11381588>