



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.: 103

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6997

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: 2

**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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Ivaretakelse av den abortsøkende kvinnen

How to care for women who undergo an induced abortion

Annie Elise Rygg

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap,

Sykepleie, campus Førde

Veileder: Anne-Margrethe Hjertenes

Innleveringsdato: 05 Juni 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: Ivaretagelse av den abortsøkende kvinnen

Bakgrunn for valg av tema: I Norge var det i 2018 utført 12 380 svangerskapsavbrudd. Mange kvinner opplever valget med å få utført en provosert abort som svært vanskelig. Abort er et mye omdiskutert og tabubelagt tema. Kvinnene som velger å gjennomføre abort kan oppleve skyldfølelse, og skam og få psykiske plager senere. Sykepleiere som arbeider på en avdeling som utfører provoserte aborter må ha kunnskap om abort og behov som oppstår hos kvinnene for å kunne tilby tilstrekkelig helsehjelp og ivareta dem under prosessen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som får utført provosert abort på sykehus?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie hvor det er anvendt søk i databasene: Academic Search Elite, Chinahl, MEDLINE, PubMed og BNI hvor fire artikler er hentet fra. Det har blitt brukt litteratur fra pensum, men grunnet lite funn blir oppgaven styrket med annen litteratur. Oppgaven trekker inn lovverk om abort, og er bygget på omsorgsteorien til Kari Martinsen.

Funn og konklusjon: Sykepleierens holdninger og væremåte er avgjørende for trygghetsfølelsen til kvinnen. Mange av kvinnene har et stort behov for at sykepleieren er tilstedeværende og lytter aktivt, samt gir tilstrekkelig med informasjon. Kvinnene ønsker å bli møtt med respekt og åpenhet i møte med helsepersonell. Min konklusjon i denne oppgaven blir at sykepleiere som møter disse pasientene skal behandle de som de behandler enhver annen pasientgruppe; med respekt, kunnskap, omsorg, åpenhet og empati.

Nøkkelord: Medikamentell abort, sykepleie, støtte, Skandinavia, trygghet.

English summary

Title: How to care for women who undergo an induced abortion

Background for the choice of topic: In Norway in 2018, 12 380 pregnancy abortions were performed. Many women experience the choice of having a provoked abortion very difficult. Abortion is a much debated and stigmatized topic. The women who choose to carry out an abortion can experience the feeling of guilt, shame, and suffer mental illness later.

Problem: How can nurses care for women who have been subjected to a provoked abortion in hospital?

Method: The thesis is a literature study where applied databases that have been used: Academic Search Elite, Chinahl, MEDLINE, PubMed and BNI where the four articles are taken from. Literature from the curriculum has been used, but due to little findings, the thesis is strengthened with other literature. The thesis incorporates legislation on abortion and is based on the care theory of Kari Martinsen.

Findings and Conclusion: The nurse's attitudes and behaviour are crucial to the woman's sense of security. Many of the women have a great need for the nurse to be present and listen actively and provide sufficient information. Women wants to be met with respect and openness in meeting with health professionals. My conclusion in this task is that nurses meeting these patients should treat them like they treat any patient group; with respect, knowledge, care, openness and empathy.

Keywords: Provoked abortion, Nursing, Support, Scandinavia, Safety

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans.....	1
1.2 Problemstilling og avgrensning.....	2
1.3 Begrepsavklaringer	2
1.4 Disposisjon for oppgaven.....	3
2 Metode	4
2.1 Hva er metode?.....	4
2.2 Valg av metode	4
2.3 Søke og utvalgsprosessen	5
2.4 Kildekritikk.....	5
3 Teori.....	7
3.1 Hva er abort	7
3.1.1 Kirurgisk og medikamentell abort	7
3.1.2 Abortloven	8
3.1.3 Sykepleierens funksjon under abortprosessen	8
3.2 Kommunikasjon og relasjon.....	9
3.3 En vanskelig debatt	9
3.4 Kari Martinsen.....	10
4 Resultat og funn	11

4.1 Walking on a tightrope-Caring for ambivalent women considering abortion in the first trimester (Kjelsvik et al., 2018)	11
4.2 Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review (Petersen et al., 2018)	11
4.3 Women's existential experiences within Swedish abortion care (Stålhandske et al., 2011)	12
4.4 Reasons women give for abortion: a review of the literature (Kirkman et al., 2009)	12
5 Drøfting.....	13
5.1 Den vanskelige debatten.....	13
5.2 Den bærende relasjonen	15
5.3 Sykepleierens væremåte.....	17
6 Konklusjon	19
7 Bibliografi.....	20

Abort

Vi angres ikke.

Det måtte bli sånn,

Det kunne ikke hjelpes.

Men alle årene etterpå

Finnes det en i livet vårt

Som ikke drar oss i klærne

River avisa fra oss

Klatrer opp på fanget

Og roper: Se meg! Hør meg!

En liten en

Står ved albuen vår

Sier ingenting, bare venter.

Venter beskjedent

Alle årene etterpå.

Så spar oss for larmen

Fra dem

Som ingenting begriper

(Ericsson, 1988, s. 26)

1 Innledning

I Norge var det i 2018 utført 12 380 svangerskapsavbrudd. 91 % av avbruddene ble utført medikamentelt. Av alle avbrudd var 95,4% selvbestemt (Folkehelseinstituttet , 2017). Abort generelt og retten til selvbestemt abort har vært et mye omdiskutert og tabubelagt tema i alle år. Kvinnene som velger å gjennomføre abort kan oppleve skyldfølelse og skam. I tillegg vil noen kunne utvikle angst og depresjon i etterkant (Opshal, 2014). Selv om vi ser denne ettervirkningen hos noen, er det viktig å påpeke at det er et mangfold av kvinner som velger å gjennomføre en abort. Mange av disse opplever heller en lettelse etter inngrepet, og angrer dermed ikke på valget sitt. Uansett om kvinnen angrer og er lei seg eller om hun føler seg takknemlig og lettet over valget, så bør hun bli møtt med respekt og omtanke fra helsepersonell. I Norge i dag utføres noen av abortene under kontrollerte forhold på sykehus. Der vil kvinnene forvente å møte et kompetent helsepersonell, som ikke fordømmer dem for valget de har tatt.

1.1 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans

Sykepleierens oppgaver ved abort varierer med omstendighetene rundt og årsakene til inngrepet. I skolehelsetjenesten og ved provosert abort har sykepleieren en viktig forebyggende funksjon, mens sykepleieren kan møte kvinner som har hatt spontanabort eller skal gjennomføre en senabort i dagkirurgiske eller gynekologiske avdelinger (Jerpseth, 2016, s. 161). Mange kvinner opplever valget med å ta en provosert abort som svært vanskelig. Denne tvilen kan vare helt til inngrepet foretas.

Kvinnene som gjennomfører en provosert abort er en sårbar gruppe fordi de ofte opplever fordømmelse fra de i samfunnet som er imot valget deres om å avslutte svangerskapet, uavhengig av hvilken begrunnelse de har for valget. Sykepleiere som arbeider på avdeling som utfører provoserte aborter må ha kunnskap om abort, samt ha kunnskap om hvilke behov som oppstår hos kvinnene for å kunne tilby tilstrekkelig helsehjelp og ivareta dem under prosessen. Når kvinnen først har bestemt seg for å få foretatt et abortinngrep, må sykepleieren støtte henne i det valget hun har tatt. Det er svært viktig at kvinnen blir møtt med forståelse, og at beslutningen blir respektert (Jerpseth, 2016, s. 161). Sykepleiere som

helsepersonell skal i stor grad forholde seg upartiske i møte med pasienter, men abort kan være et tema der dette er vanskelig for mange (Littman, Zarcadoolas & Jacobs, 2009). Jeg ønsker i denne oppgaven å sette lys på verdien av å forholde seg fordomsfri i møte med kvinner som gjennomfører en provosert abort og gjøre rede for hvordan sykepleier kan ivareta kvinnen under prosessen, uavhengig av sykepleierens standpunkt til temaet.

Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen beskriver en sykepleieteori der hun legger særlig vekt på omsorg og solidaritet med den svake og sykepleierens ansvar for pasienten (Martinsen, 1996, ss. 86-93) Dette er en sykepleieteori jeg vil utdype videre i oppgaven og knytte til hvordan sykepleiere kan sørge for ivaretagelse av kvinnene som gjennomfører en provosert abort.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som får utført provosert abort på sykehus?

Jeg avgrenser oppgaven til kvinner mellom 15-49 år som utfører provosert medikamentell abort på sykehus. Jeg utelukker personer med utenlandsk bakgrunn, de som gjennomfører medikamentell abort i hjemmet og evt. oppfølging som kvinnene får i ukene etter inngrepet. Jeg velger også å utelukke abort hos kvinner som er fysisk/psykisk utviklingshemmede, ettersom disse vil kreve en annen type tilnærming og behandling som overgår tilbudet til den generelle befolkningen. Jeg kommer ikke til å ta for meg abort etter 12 svangerskapsuke. Jeg kommer til å nevne kort om kirurgisk abort, men på grunn av oppgavens omfang vil fokuset være på dem som får utført medikamentell abort.

1.3 Begrepsavklaringer

Ivareta: Å ta hånd om og å ta vare på ens interesser (Språkrådet, 2017). Når vi snakker om ivaretagelse innenfor sykepleien menes det som regel å ta hånd om og arbeide for pasientenes behov og interesser.

Tabu: Et slags forbud eller en forestilling om at en gjenstand, et begrep, en person eller en gruppe ikke må nevnes eller røres ved (Fosshagen, 2018).

Provosert abort: Svangerskap som velges avbrutt i henhold til norsk lov (Bjørge, Løkeland & Oppegaard, 2009). Blir også omtalt i teksten som selvbestemt abort.

Medikamentell abort: En medisinsk behandling der kvinnen fremkaller en abort gjennom tabletter som svelges og kapsler som settes vaginalt (Nesheim, 2014).

Kommunikasjon: Det å formidle og dele ideer og informasjon, for eksempel ved hjelp av språk. Formidlingen kan skje både verbalt og non-verbalt (Allott, 2018).

1.4 Disposisjon for oppgaven

Oppgaven er bygd opp etter de 6 trinnene i en litteraturstudie (Thidemann, 2017, s. 80). I metodekapittelet tar jeg for meg hvilken metode jeg har brukt og søke- og utvalgsprosessen, her blir også kildekritikk fremlagt. I kapittelet om teori legger jeg frem flere punkter som er relevante for å besvare problemstillingen; hva abort er, kommunikasjon, relasjon, sykepleierens funksjon og teorien til Kari Martinsen. I kapittel tre blir fire forskningsartikler presentert. I påfølgende kapittel drøfter jeg tre områder; Abortens debatt, behovet for et ikke-dømmende helsepersonell og sykepleierens væremåte. Her drar jeg inn både forskning og litteratur for å drøfte omkring problemstillingen. I det siste kapitelet gir jeg en konklusjon på oppgaven.

2 Metode

2.1 Hva er metode?

I boken Metode og oppgaveskriving beskriver Dalland metode som et hjelpemiddel som forteller oss hvordan vi bør tre frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Når vi skal belyse et tema eller en problemstilling velger vi en bestemt metode som vil gi oss gode data og belyse temaet eller problemstillingen på en faglig og interessant måte (Dalland, 2017, s. 51).

Vi kan dele metode inn i kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter, noe som gir mulighet til å foreta regneoperasjoner og dermed finne gjennomsnittlige tall i en gruppe. De kvalitative metodene brukes som regel om en skal fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52).

2.2 Valg av metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode for å kunne samle inn store mengder data på kort tid, da jeg har begrenset forkunnskap om temaet. En litteraturstudie defineres som en beskrivende og/eller analyserende oppsummering der det hentes data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017; SAGE Publications, 2018). Deretter gjør jeg greie for hvordan jeg har valgt ut data og funnene mine.

Forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i denne oppgaven, har i hovedsak anvendt en kvalitativ metode. Jeg har valgt disse forskningsartiklene fordi min problemstilling krever svar på pasientenes opplevelse av å bli behandlet, ulike oppfatninger og følelser rundt temaet. Dette er vanskelig å tallfeste, og en kvalitativ metode er derfor mer egnet. I tillegg har jeg valgt å ha med en oversiktsstudie hvor datasamlingen er både kvalitativ og kvantitativ. Dette har jeg gjort for å få et målbart tall på de ulike grunnene en kvinne har for å få gjennomført en abort.

2.3 Søke og utvalgsprosessen

For å finne relevant litteratur har jeg hatt systematiske søk i databasene «Cinahl, MEDLINE og Academic Search Elite» som jeg fikk tilgang til gjennom høyskolens bibliotek. Her har jeg også funnet og anvendt tre bøker skrevet av sykepleieteoretikeren Kari Martinsen; «Samtalen, skjønnnet og evidensen» (Martinsen, 2005), «Fra Marx til Løgstrup» (Martinsen, 2003) og «Fenomenologi og omsorg, Tre dialoger» (Martinsen, 1996). Av pensumlitteratur fra sykepleiestudiet bruker jeg blant annet «Klinisk sykepleie bind 2» (Stubberud, Grønseth & Almås, 2016), «Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving» (Thidemann, 2017), «Bære eller bryte – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker (Røkenes & Hanssen, 2015) og Grunnleggende sykepleie bind 1 (Kristoffersen, 2011). Fagartiklene jeg bruker har jeg funnet på nettsiden til «Tidskiftet via Den norske legeforeningen» og på «Sykepleien Forskning». Lovverk om abort og «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» vil bli anvendt.

Via skolens bibliotekside søkte jeg opp databasen «Academic Search Elite». Deretter krysset jeg av for både «CINAHL with Full Text» og «MEDLINE». Jeg skrev inn søkeordene «abort», «sykepleier», «Norge», og «støtte». Disse søkeordene kombinerte jeg med OR. Ordene jeg brukte i søkefasen er ord jeg finner relevant for oppgaven, og som best mulig vil hjelpe meg med å finne relevant forskning. Av de 28 treffene jeg fikk med disse søkeordene var det 2 treff som jeg fant mest relevant og som jeg velger å ta med i besvarelsen.

På bakgrunn av at det var så få artikler som var relevante for oppgaven i søket på «Academic Search Elite», valgte jeg å bevege meg over på andre databaser. I databasen «PubMed» brukte jeg de engelske søkeordene «women's existential experiences with abortion», da fikk jeg opp 7 treff. Ut fra overskriftene på siden valgte jeg ut forskningsartikkelen «Women's existential experiences within Swedish abortion care» (Stålhandske, Ekstrand, & Tydén, 2011) I databasen «British Nursing Index» (BNI) brukte jeg det engelske søkeordet «Reasons why women have abortions» og fikk opp 953 resultater. Ut fra overskriftene på de to første sidene valgte jeg ut forskningsartikkelen «Reasons women give for abortion: a review of the literature» (Kirkman, Rowe, Hardiman, Mallett, & Rosenthal, 2009).

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er et samlebegrep for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner og skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til kildematerialet du bruker i oppgaven. Det er to sider ved kildekritikk; litteratursøking og redegjørelse for den litteraturen som anvendes i oppgaven (Dalland 2018, s. 152-158).

Oppgavens styrker er at forskningsartiklene følger IMRaD- strukturen. Dette er den mest brukte normen for oppbygging og struktur i en artikkel og står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland & Trygstad, 2014, s. 63-80). Artiklene har jeg søkt på og valgt ut ved å bruke troverdige databaser som ligger på skolens hjemmeside. For å forsikre meg om at kildene jeg anvender i oppgaven er pålitelige har jeg hovedsakelig brukt forskning som er utført som primærstudier. Det vil si at innholdet i forskningsartikkelen blir presentert for første gang, og ikke er oppsummert og gjenfortalt av andre enn forfatteren(e) som har utført studien (Dalland & Trygstad, 2014, s.78). Dette gjelder artiklene: «Walking on a tightrope— Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester» (Kjelsvik, Tveit sekse, Moi, Aasen, & Gjengedal, 2018) og «Women’s existential experiences within Swedish abortion care» (Stålhandske et al., 2011).

Oppgavens svakheter er at det var vanskelig å finne frem til litteratur fordi det meste som er skrevet handler om spontanabort. Dette gjelder også i forskning. Forskningsartiklene som jeg har anvendt på engelsk, innebærer en viss risiko for mistolking og overført betydning av det som opprinnelig ble skrevet. På grunn av innhold som jeg fant betydelig relevant for problemstillingen har jeg likevel valgt å inkludere forskningsartiklene «Reasons women give for abortion: a review of the literature» (Kirkman et al., 2009) og «Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review» (Petersen, Jessen-Winge, & Møbjerg, 2018) som er skrevet som sekundærkilder. Det vil si at de er skrevet som en gjengivelse eller oppsummering av tidligere utført forskning (Dalland, 2018, s. 163). Jeg har forsøkt å være kritisk til dette, da forfatterens tolkning av gitt forskning kan ha påvirket resultatet. Artiklene har likevel blitt publisert i vitenskapelige tidsskrifter, som bekrefter at innholdet har vært igjennom fagfellevurdering og blitt godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland & Trygstad, 2014, s. 78). Jeg anser dem derfor som pålitelige kilder.

3 Teori

3.1 Hva er abort

Abort er avbrytelse av et svangerskap. Begrepet abort brukes både om spontan abort og provosert abort (Nesheim, 2019). Ved et uønsket svangerskap kan kvinnen begjære svangerskapsavbrudd innen 12 fullgåtte uker regnet fra den siste menstruasjonens første dag. I Norge er det fri abort innen denne tidsgrensen, og kvinnen bestemmer selv om hun ønsker å fullføre svangerskapet eller ikke. Har kvinnen passert tiden for selvbestemt abort, må søknaden behandles i en nemnd, og det er da særskilte grunner for å få utført aborten (Kristoff, 2016, s. 423).

Det er flere grunner til at noen kvinner velger å gjennomgå en abort. Abort kan oppleves som en krise i livet (Eide & Eide, 2017, ss. 45- 66). Noen kan være i en livssituasjon der et svangerskap er uønsket. Kvinnen kan for eksempel være ung, under utdanning eller enslig. Hun kan ha problem med å ta vare på seg selv grunnet psykiske problemer eller rusproblematikk, og er derfor ikke i stand til å ta vare på et barn. I noen tilfeller kan det være påvist alvorlige skader hos fosteret. Svangerskapet kan føre til alvorlig sykdom hos mor, enten fysisk eller psykisk. En annen grunn kan være at unnfangelsen har skjedd under et overgrep som rammes av straffeloven, for eksempel voldtekt eller incest (Kristoff, 2016, s. 423).

3.1.1 Kirurgisk og medikamentell abort

Det finnes to mulige metoder, kirurgisk eller medikamentell abort. Ved den kirurgiske metoden blir pasienten lagt i narkose, og fosteranlegget og placenta blir fjernet med et sug eller skrappt ut (Kristoff, 2016, s. 423).

Ved medikamentell abort får pasienten først legemidler i form av en tablett Mifepriston (Mifegyne[®]) to dager før selve aborten. Mifepriston blokkerer progesteronreseptorene i livmorslimhinnen, noe som medfører sammentrekning i blodkarene slik at fosteranlegget dør. På abortdagen blir Misoprostol (Cytotec[®]) satt inn i vagina i tablettform. Dette legemidlet mykgjør cervix og gir rier, slik at fosteranlegget og placenta støtes ut. Kvinnen vil

da abortere. Kvinnen kan ha moderate til sterke smerter, samt menstruasjonslignende blødninger og koagler. Hun får gjerne smertestillende legemidler (Kristoff, 2016, ss. 423-424).

3.1.2 Abortloven

Loven om selvbestemt abort ble vedtatt i Norge i 1978 og med den fulgte nye rettigheter for kvinnene som ønsket å gjennomføre en abort. De kunne få bestemme selv om de ville avbryte svangerskapet innen 12 svangerskapsuke, i tillegg hadde de nå krav på tilstrekkelig informasjon og veiledning for å selv komme frem til en endelig beslutning (Abortloven, 1978, §2). Før loven kom, var provosert abort straffbart og mange kvinner tydde i sin desperasjon til strikkepinner. Disse førte de inn i livmoren i et forsøk på å løsrive fosteret (Årrestad & Apalnes, 2013). De med midler hadde mulighet til å betale leger eller såkalte «kloke koner» som utførte aborten illegalt i all hemmelighet. Disse inngrepene var farlige og kunne føre til blødninger og infeksjoner, for mange av kvinnene endte inngrepet med døden (Jerpseth, 2010, s. 44).

3.1.3 Sykepleierens funksjon under abortprosessen

Sykepleieren skal administrere smertelindrende behandling ved behov eller etter legens forordning. Hun skal observere blødning med tanke på mengde og utseende. I tillegg blir sykepleieren en del av kvinnens støtteapparat da det er hun som er tilstede under aborten på avdelingen (Jerpseth, 2016, s. 162). I enkelte situasjoner vil sykepleieren være nødt til å tilby faglig og emosjonell støtte til kvinnen (Andersson et al., 2014, s.2). Sykepleierens viktigste oppgaver er å vise støtte, lytte og kunne gi veiledning ut fra hva kvinnen snakker om i samtalen (Huser, 2005, s. 203). Kvinnene har behov for god informasjon, i tillegg til empati og støtte (Heyn, 2015, s. 363).

Helsepersonell har rett til å søke om fritak fra å assistere ved eller å utføre inngrepet. Fritaket gjelder ikke pleie og stell av pasientene før og etter abortinngrepet (Jerpseth, 2016, s. 161; NSF, 2016). Sykepleiere som helsepersonell skal i stor grad forholde seg upartiske i møte med pasienter, men abort kan være et tema der dette er vanskelig for mange (Littman, Zarcadoolas & Jacobs, 2009, s.419). «Yrkesetiske retningslinjer» (NSF, 2016) sier noe om hvordan sykepleieren skal opptre i forhold til blant annet profesjonen, pasienten og

samfunnet. En av retningslinjene lyder slik «Sykepleier skal bidra aktivt til å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester».

3.2 Kommunikasjon og relasjon

En relasjon oppstår ikke av seg selv, den er et resultat av samhandling mellom bruker og fagperson. Kirkevold (1998) skriver at Ifølge Travelbee vil det innledende møtet mellom to mennesker være preget av at de ikke kjenner hverandre, og derfor bygger det i stor grad på generaliserte stereotype forventninger til den andre. En god og bærende relasjon består av tillitt, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 27). I en trygg relasjon er det lettere å forstå hverandre. Når fagpersonens handlinger er forankret i at hun forstår pasienten, vil handlingene virke positivt inn på relasjonen. Det å føle seg forstått skaper tillitt, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 27). En av de fire grunnleggende prinsippene innenfor utøvelse av sykepleie er ikke-skade prinsippet (Brinchmann, 2016, ss. 84-85).

Sykepleierens måte å kommunisere på i arbeid med mennesker preges både av hvem sykepleieren er som person, og den bestemte yrkesrollen hun har (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 242). Det å være profesjonell innebærer at du til en viss grad må sette dine private preferanser og meninger til side og ta på deg de oppgavene yrkesrollen krever (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 247). Det finnes flere måter å formidle et budskap på. De kroppslige uttrykkene våre kan gi styrke og kraft til ordene. Det vil si at budskapet kan avkrefte, motsies og kompletteres ved hjelp av ansiktsuttrykkene og kroppsholdningen vår, og gjennom vårt tonefall og stemmebruk. I noen tilfeller kan non-verbale uttrykk erstatte de talte ordene (Hummelvoll, 2014, s. 425). Dersom sykepleier stopper opp, lytter og viser at hun bryr seg om pasienten, vil pasienten få en opplevelse av å bety noe og ha verdi (Skatvedt, 2008, ss. 17-19).

3.3 En vanskelig debatt

Argumenter imot provosert abort går ut på at inngrepet er det samme som å utføre spedbarnsdrap, og er derfor både umoralsk og illegalt (Reynolds-Wright, 2012, s.51). Det blir sett på som drap ettersom at ved å avbryte svangerskapet så fratår en fosteret retten til et

potensielt liv (Reynolds-Wright, 2012, s.51). Mange religioner, sammen med den norske kirke argumenterer for at alt menneskeliv begynner ved unnfangelsen og derfor har også det ufødte livet krav på vern og beskyttelse (Kirken, 2014).

Argumentene til tilhengere av fri abort baserer seg på at fosteret ikke er levedyktig utenfor mors liv. Siden fosteret ikke er en person enda, har det heller ikke krav på retten til et liv (Reynolds-Wright, 2012, s.51). Andre argumenter som blir brukt er at kvinnens livmor er hennes og hun bestemmer selv hva hun vil bære i sin kropp. I dagens samfunn er ikke seksualitet alltid assosiert med å lage barn, og dersom utfallet av samleie er at kvinnen blir gravid vil det i noen tilfeller være en uventet og negativ konsekvens (Reynolds-Wright, 2012, s.52). For enkelte kvinner kan det være vanskelig å uttrykke lettelse over å ha tatt en abort, fordi de føler at det forventes av dem at de skal ha det ille (Jerpseth, 2016, s. 161).

3.4 Kari Martinsen

Grunnlaget i Kari Martinsens teori er solidaritet med den svake, og ansvaret for dem (Martinsen, 1996, ss. 86-93). Ifølge hennes teori er det tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet som er vesentlige. Et rasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep (Martinsen, 2005, s. 135). I boken «Fra Marx til Løgstrup» legger Martinsen (2003, s. 21) frem at det er Løgstrups livsytringer slik som åpen tale, håp, barmhjertighet og tillitt som er kjærlighetens og omsorgens uttrykksformer. Hun hevder at omsorg har å gjøre med relasjoner og moral og ytrer seg i praktisk handling. Moral og gode sykepleierholdninger derfor må læres, på lik linje med teoretiske kunnskaper (Martinsen, 1996, ss. 72-73). Den praktiske dimensjonen for omsorg baserer seg på å hjelpe pasienten ut fra dens tilstand og ikke det forventede resultatet (Martinsen, 1996, ss. 72-75; Martinsen, 2003, ss. 255-256).

Om den rasjonelle omsorgen mener Martinsen at yrkesmessig omsorg er en relasjon mellom to personer eller flere, der den ene parten er pliktet til å yte den hjelpen den andre trenger ut fra sin situasjon. For å finne ut hva den andre parten vil trenge, må sykepleieren være villig til å sette seg inn i den andres situasjon (Martinsen, 1996, ss. 72-73). Enhver sykepleiesituasjon er av moralsk karakter, dette på bakgrunn av at sykepleieren må handle godt og riktig ut fra pasientens beste (1996, ss. 93-97; Kristoffersen, 2011, s. 256).

4 Resultat og funn

4.1 Walking on a tightrope-Caring for ambivalent women considering abortion in the first trimester (Kjelsvik et al., 2018)

Dette er en kvalitativ studie som er utført i Norge. Studien belyser viktigheten av kompetanse og erfaring hos helsepersonell i møte med kvinner som er usikre på abort. Det er altså sykepleierens synspunkter som kommer fram i denne studien. Bakgrunnen for studien var at mange kvinner har ambivalente følelser knyttet til å få utført en abort, noe som kan utfordre helsepersonell. Det har vært rapportert utilstrekkelig oppmerksomhet fra helsepersonell som skal forberede kvinnene på aborten. Resultatet var at helsepersonell følte seg ansvarlig for pasienten, men dette krevde et fokus på kvinnen som krevde at sykepleierne måtte bli involvert i kvinnens tanker og følelser, uten å påvirke hennes avgjørelse. Studien konkluderte med at helsepersonell i forskjellig grad ble personlig involvert i møte med disse pasientene, og møtte sine egne svakheter og verdier innenfor emnet. Muligheten for debriefing etter vanskelige møter var ikke til stede noe som gjorde det vanskelig for den som ytet helsehjelp.

4.2 Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review (Petersen et al., 2018)

Dette er en kvalitativ studie som tar for seg erfaringene til skandinaviske kvinner som får utført en provosert abort. Bakgrunnen for studiet var å utforske opplevelsene til de skandinaviske kvinnene både før, under og etter inngrepet. Resultatet ble seks studier, totalt 80 deltakere, som møtte kriteriene. 24 forskningsfunn ble tatt ut og satt i 6 kategorier som ble delt inn i 3 funn: erfaringer før-, erfaringer under- og erfaringer etter abort. Kvinnene var i aldersgruppen 15-24 år. Studiet konkluderte med at kvinnene følte både glede og skam over graviditeten og følte seg splittet under bestemmelsesprosessen. Mange av kvinnene opplevde verre smerter enn forventet under inngrepet. Det var god tilnærming til det fysiske fra helsepersonell, men de hadde lite eller ingen fokus på det emosjonelle og eksistensielle behovet. Etter aborten uttrykte kvinnene ambivalens: lettelse over at graviditeten var avsluttet sammen med en følelse av tap. Noen hadde skyldfølelse og uttrykte at de angret.

Studien konkluderte også med at det var kvinnene selv som hadde et ansvar for å bruke prevensjon og at kvinnene som får utført en abort har lite kunnskap rundt deres egne kropp og menstruasjonssyklus.

4.3 Women's existential experiences within Swedish abortion care (Stålhandske et al., 2011)

Artikkelen er basert på kvalitativ forskning der det ble utført individuelle dybdeintervju av 24 kvinner. Kvinnene som ble intervjuet hadde alle tidligere erfaring med uønskede graviditeter og abort. Studien er utført i Uppsala, Sverige. Hensikten med studien var å utforske svenske kvinners erfaringer med ivaretagelse under abort utført på sykehus i forhold til både deres psykiske og fysiske behov. Studien viste at kvinnene som deltok hadde like erfaringer og opplevelser med helsepersonellet på sykehuset, enda noen av kvinnene hadde gitt uttrykk for særegne behov. Noen av kvinnene i studien opplevde at aborten utløste en flom av eksistensielle spørsmål og dermed oppsto et behov for refleksjon, som helsepersonell ikke var i stand til å imøtekomme. Forskerne konkluderte med at helsepersonell som arbeider med kvinner som gjennomfører provosert abort, må kunne imøtekomme og ivareta de fysiske, psykiske og eksistensielle behovene, etter hva kvinnen selv gir uttrykk for.

4.4 Reasons women give for abortion: a review of the literature (Kirkman et al., 2009)

Dette er en oversiktsstudie der forfatterne samlet tidligere studier av både kvalitativ og kvantitativ forskning. Artikkelen er hentet fra vestlige land som USA, Sverige, Norge, Danmark, Holland med fler, for å presentere en oppsummerende kvalitativ artikkel med svar fra kvinner om hvorfor de valgte å gjennomføre en abort. Målet med studien var å finne svar på hvorfor kvinner får utført en abort ved å se på grunnene kvinnene selv oppgir. Studien ble gjort på bakgrunn av at tidligere forskning på temaet kun var utført med en kvantitativ metode, hvor kvinnenens svar ikke ble belyst. Årsakene som kvinnene oppga var både komplekse og kontingente. Kvinnens følelse av ansvar for eksisterende barn og det potensielle barnet, hennes egne behov og ønsker, i tillegg til forholdet til barnefaren er noen av de målbare faktorene som dukket opp. Forfatterens konklusjon var at kvinner som velger å gjennomføre en abort har ønsker og behov som rett og slett ikke lar seg forene med et nytt barn.

5 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte tidligere presentert forskning og teori opp mot problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som får utført provosert abort på sykehus?*

5.1 Den vanskelige debatten

Det er lett å sette kvinnene som får utført abort i båser. I praksis har jeg erfart at mange av kollegaene jeg jobbet med var imot kvinnens valg om å ta en abort uten å høre grunnen. De gjorde seg opp en mening og holdt fast ved den uavhengig av opplysninger som kom etterpå. Noen av sykepleierne nektet å behandle kvinnen som fikk utført en abort. I dag har helsepersonell rett til å søke om fritak fra å assistere ved eller å utføre inngrepet (Jerpseth, 2016, s. 161; NSF, 2016). På den ene siden er det bra for sykepleieren at hun kan reservere seg og ta avstand for å ivareta seg selv. På den andre siden vil reservasjonsretten være med på å underbygge stigmaet og tabu rundt abort. Abort er et tema det er vanskelig for mange å snakke om. Dette er viktig for sykepleieren å ha i bakhodet i møte med denne pasientgruppen. Kristoff (2016, s. 423) påpeker at det er mange grunner til at en kvinne får utført en abort. Årsakene er like komplekse som kvinnene som tar valget. I min praksis kom jeg i kontakt med en kvinne som var 17 år og hadde blitt gravid. Kvinnen ønsket sterkt å få barn og starte familie. Likevel valgte hun å få utført en abort fordi hennes ønsker og følelse av ansvar for det potensielle barnet ikke passet med hvor hun var i livet. Dette kan støttes av funnene i studien til Kirkman et al. (2009, ss. 373-376) hvor kvinnene opplyste om blant annet tre grunner som var overordnet til at de valgte å få utført en abort; feil tidspunkt, for ung og for gammel.

Å bestemme seg for å få utført en abort er ikke et lett valg å ta. For noen passer det ikke å ha et barn på det tidspunktet, andre blir påvirket av miljøet og noen vil rett og slett ikke ha barn. Jeg støtter meg her til Petersen et al. (2018, s. 1537) som fant at kvinnene som fikk utført en abort følte både glede og skam over graviditeten og følte seg splittet under bestemmelsesprosessen. I praksis har jeg erfart at kvinnene som fikk utført en abort var veldig forskjellige. Noen uttrykte at de angret og ble lei seg, andre følte ingenting. Et fåtall av kvinnene følte glede over at svangerskapet var ferdig. For enkelte kvinner kan det være vanskelig å uttrykke lettelse over å ha tatt en abort, fordi de føler at det forventes

av dem at de skal ha det ille (Jerpseth, 2016, s. 161). Dette fikk jeg bekreftet i min praksis. I et tilfelle var det en kvinne som fortalte at hun var glad over å ha fått utført en abort. Dette ble møtt med negative holdninger og baksnakking fra noen av sykepleierne på avdelingen. Noe som førte til at kvinnen lukket seg og ikke stolte på helsepersonellet under resten av oppholdet. Noen av sykepleierne jeg jobbet med uttrykte at selv om de var imot abort ville de heller hjelpe kvinnene som var utsatt for et overgrep, hadde feil på fosteret eller hadde økonomiske grunner som førte til at livet ble for vanskelig etterpå. Sykepleierne ønsket ikke å hjelpe kvinnene som i deres øyne fikk utført en abort av «feile» grunner. Dette kunne gjelde kvinner som tok abort blant annet fordi de ikke ville ha barn. I møte med disse kvinnene observerte jeg at sykepleierne ble kalde og upersonlige. Sykepleierne behandlet kvinnene som et problem som skulle fikses, uten å se personen bak. Dette står ikke i samsvar med Martinsens (1996, ss. 72-73) teori som sier at man skal som sykepleier leve seg inn i den andres situasjon. Andersson et al. (2014, s.2) påpeker at når en kvinne har kommet så langt i abortprosessen at hun har tatt et valg om å avslutte svangerskapet og er innlagt på sykehuset, har hun allerede vært gjennom mange diskusjoner med seg selv, nære venner, partner og helsepersonell og har bestemt seg. Hun bør da kunne forvente å møte et kompetent helsepersonell som er nøytralt og støtter henne i valget hun har tatt. Dette er sykepleieren som er tilstede på sengeposten med kvinnen som skal abortere. Hun blir dermed en del av kvinnens støtteapparat hvor hun i enkelte situasjoner må være i stand til å tilby både faglig og emosjonell støtte (Andersson et al., 2014, s. 2). Hvis sykepleierens egne holdninger kommer i konflikt med kvinnens valg vil sykepleien som ytes kunne bli påvirket negativt.

Den norske kirken (2014) argumenterer for at alt menneskeliv begynner ved unnfangelse og derfor har også det ufødte livet krav på vern og beskyttelse. På den andre siden argumenteres det for at fosteret ikke er levedyktig utenfor mors liv og ikke er en person enda. Det har dermed ikke krav på retten til et liv (Reynolds-Wright, 2012, s. 51). I studien til Petersen et al. (2018, s. 1537) trekker de frem at det er kvinnens oppgave å beskytte seg selv mot å bli gravid. En del vil mene at det er kvinnens feil at hun har blitt gravid. I realiteten er det gjerne ikke så enkelt. Noen av kvinnene jeg snakket med i praksis forklarte at de hadde brukt beskyttelse, både kondom og p-piller, men hadde likevel blitt gravid. Kvinnene ga uttrykk for at de var glade for at de kunne bli gravide, men ønsket ikke å bringe et barn til

verden. Som sykepleier må man være klar over at det finnes mange forskjellige grunner til at kvinnen har kommet dit hun er og tatt det valget hun har gjort. Selv om kvinnene valgte abort, betyr ikke det nødvendigvis at kvinnene ikke ønsket barnet i seg selv, men av manglende evne til å kunne ivareta barnet, valgte de å avslutte svangerskapet. I praksis har jeg møtt på kvinner som både angret og uttrykte glede over å ha avsluttet svangerskapet. I ett tilfelle var det en kvinne som hadde gjennomgått en abort og måtte bli værende på avdelingen for observasjon til dagen etterpå grunnet stor blødning. Kvinnen sa at hun var glad for at hun tok avgjørelsen hun gjorde, men uttrykte at det var veldig tungt. Mesteparten av tiden på avdelingen var hun på gråten og var tydelig trist. Da kvelden kom gråt hun seg i søvn. Her ser vi at selv om det å ta abort er det beste i noen situasjoner betyr ikke det at det er lett for kvinnen.

5.2 Den bærende relasjonen

En relasjon oppstår ikke av seg selv, men er et resultat av samhandling mellom bruker og fagperson. (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 27). Man må jobbe for å forstå den andre og å bli oppfattet på riktig måte av andre. En god grunnregel er å møte andre med respekt, det samme er å behandle andre slik du ønsker å bli behandlet selv. Ikke være fordømmende, men forståelsesfull og lyttende. Kvinnene som aborterer er mange, de har ulike behov, erfaringer og tanker. Hva som er det beste for kvinner som velger å avbryte et svangerskap er individuelt, og det blir en del av sykepleierens oppgave å identifisere og tilrettelegge for de individuelle behovene (Jerpseth, 2010, s. 44). Kari Martinsen (Kristoffersen, 2011, s. 215; Martinsen, 1996, ss. 72-73) påpeker i sin omsorgsteori betydningen av å møte pasienter med uegennyttig gjensidighet, der sykepleieren handler ut fra pasientens beste i en her- og nå situasjon. Som sykepleier må man prøve å tolke den andres realitet og forestille seg at man er i pasientens situasjon, og så tenke hvordan du selv ønsker å bli møtt. I praksis har jeg erfart at noen av kvinnene ble behandlet på «samlebånd», det vil si at de fikk samme behandling til tross for at de hadde behov for mer. Dette blir også bekreftet i studien til Stålhandske et al. (2011, ss. 37-39) hvor det kom fram at kvinnene som deltok hadde like erfaringer og opplevelser med helsepersonellet på sykehuset, enda noen av kvinnene hadde gitt uttrykk for særegne behov. Det kan være vanskelig for sykepleieren å sette seg inn i en annens situasjon, spesielt om hennes egne holdninger strider imot kvinnens. Under utdanningen min har jeg lært at vi som sykepleiere skal holde oss nøytrale uavhengig av hva

vi jobber med. For å klare dette, er det viktig at sykepleieren er bevisst på egne verdier og normer og forholder seg til de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016).

I studien til Stålhandske et al (2011, s. 40) konkluderte forskerne med at helsepersonell som arbeider med kvinner som gjennomfører provosert abort, må kunne imøtekomme og ivareta de fysiske, psykiske og eksistensielle behovene som kvinnen selv gir uttrykk for. Å kommunisere med andre gir oss informasjon som er vesentlig for behandlingsplanen til den enkelte. Mange tenker kun på språk når man snakker om kommunikasjon, men realiteten er at kommunikasjon kan være så mye mer. Ved hjelp av kroppslige bevegelser og holdninger kan man signalisere nærhet og avstand, tilstedeværelse og fravær, glede og sorg og støtte og avsky. I praksis har jeg funnet eksempel på hvor det ble opprettet en dårlig relasjon. En av kvinnene som skulle abortere uttrykte stor bekymring for smerte og selve utførelsen av aborten. Istedenfor å sette seg ned og roe pasienten gikk sykepleieren ut uten å si noe og fant en lege. Sykepleieren fortalte legen at hun hadde fått en pasient som var hysterisk og legen måtte inn og roe henne. Etterhvert kom legen inn og snakket med den såkalte hysteriske kvinnen. Under samtalen kunne du se at kvinnen fikk informasjon som gjorde at hun slappet av. Hun la hendene ned i fanget, lente seg tilbake i stolen og senket skuldrene. Som Røkenes og Hanssen (2015, s. 27) skriver baseres en god og bærende relasjon seg på tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Tonefall, blikkontakt og nærhet er en del av den non verbale kommunikasjonen. I en trygg relasjon er det lettere å forstå hverandre. Når sykepleierens handlinger er forankret i at hun forstår den andre, vil handlingen igjen virke positivt inn på relasjonen.

Legen i historien over forlot pasienten og sykepleieren kom inn igjen i rommet. Hun gikk bort til kvinnen og spurte om det var noe hun trengte. Kvinnen svarte at hun måtte på toalettet fordi hun hadde vondt i magen, hvorpå sykepleieren himlet med øynene, sukket og sa hvor toalettet var. Dette merket kvinnen og sa til sykepleieren «hvordan kan du ikke like meg, når vi så vidt har snakket sammen?». Dette er et eksempel fra en dårlig relasjon. Kvinnen følte seg verken sett eller hørt, men som en byrde. Det hele endte med at under aborten ringte hun ikke på selv om hun hadde veldig vondt, fordi hun ikke ville plage helsepersonellet. Sykepleieren gikk heller ikke for å se til henne. Dette kommer i konflikt med Ikke-skade prinsippet som er et av de fire grunnleggende prinsippene innenfor utøvelse av sykepleie

(Brinchmann, 2016, ss. 84-85). Som sykepleier er noen av de viktigste oppgavene å vise støtte og samtidig lytte og gi rettledning ut fra hva kvinnen ønsker å snakke om. Kvinnene har behov for god informasjon, i tillegg til empati og støtte (Huser, 2005, s. 203; Heyn, 2015, s. 363).

I historien over ser vi eksempler på dårlig kommunikasjon. Sykepleieren viste avstand til pasienten med sin væremåte. Hun nedgraderte kvinnen ved å himle med øynene og kalle henne for hysterisk når det hun egentlig trengte var god nok informasjon for å føle seg trygg. Jeg støtter meg her til Eide & Eide (2017, ss. 45-66) som sier at trygghet og det å skape bånd til andre er et grunnleggende behov hos alle mennesker. I voksen alder er dette behovet ofte fremtredende i krisesituasjoner. Noen av kvinnene opplever gjerne abort som en krise i livet. Sykepleier kan imøtekomme dette behovet hos kvinnene ved å være omsorgsfull og vise forståelse for kvinnens situasjon og opplevelse. Sykepleieren bør fungere som et fristed for kvinnene, slik at kvinnene får sette ord på hva de selv opplever som problematisk. Et tiltak kan være å sette seg ned på lik høyde med pasienten. Nærheten og den tette kontakten som oppstår kan gjøre at pasienten sin tillitt til sykepleieren øker og det kan være lettere for kvinnen å åpne seg (Heyn, 2015, s. 388). Ved å sette seg ned på lik høyde med pasienten signaliserer man at hun er like mye verdt

5.3 Sykepleierens væremåte

Sykepleierens måte å kommunisere på i arbeid med mennesker preges både av hvem sykepleieren er som person, og den bestemte yrkesrollen hun har (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 242). Sykepleierens evne til å «se» pasienten avhenger i stor grad av hennes evne til å gå utover seg selv. Etterhvert som interaksjonen skrider frem kommer pasientens og sykepleierens personligheter og identitet til syne for den andre. Dersom sykepleier stopper opp, lytter og viser at hun bryr seg om pasienten slik legen gjorde i eksempelet over, vil pasienten få en opplevelse av å bety noe og ha verdi (Skatvedt, 2008, ss. 17-19). Hadde sykepleieren i historien vist interesse for pasienten som person, og uttrykt et ønske om å hjelpe, kunne dette gjort mye for pasienten, og for behandleren. I praksis er det erfart at flere av de abortsøkende kvinnene ønsket at helsepersonell skulle hjelpe dem med å ta valget. De kunne komme med spørsmål som «hva synes du jeg bør gjøre?», «hva er det riktige valget for meg?» eller «hva hadde du gjort hvis du var i min situasjon?». Som

sykepleier skal man gi tilstrekkelig informasjon slik at kvinnene får et godt nok grunnlag til å kunne ta et selvstendig valg de kan være tilfreds med i ettertid. Her støtter jeg meg til de «Yrkesetiske retningslinjene» (NSF, 2016) som sier at sykepleieren skal «fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått».

Kari Martinsen (1996, ss. 72-73) mener at moral og gode sykepleierholdninger må læres, på lik linje med teoretiske kunnskaper. Kirkevold (1998) forteller at Ifølge Travelbee vil det innledende møtet mellom to mennesker være preget av at de ikke kjenner hverandre, og derfor bygger det i stor grad på generaliserte stereotype forventninger til den andre. Jeg har selv sett forskjeller mellom nyutdannede sykepleiere og de som har jobbet i yrket i mange år. Noen av sykepleierne som hadde jobbet på avdelingen lenge stigmatiserte denne pasientgruppen mer enn de nyutdannede og var direkte ufysiske mot dem. Kvinnene ble møtt med en kald skulder, hvor sykepleierne var fraværende, uinteresserte og hadde gjort seg opp en mening på forhånd. Heldigvis var det ikke alle sykepleiere med lang erfaring som hadde negative holdninger til pasienten. Noen av dem viste stor forståelse for kvinnen som kom fordi de var klar over hvor mye som skal til for at en kvinne våger å ta valget om å avslutte et svangerskap. De gjorde det også klart at de ønsket at kvinnene skulle få et fristed fra samfunnet som diskriminerte dem, og det fikk de hos de sykepleierne som viste åpenhet og støtte. I gruppen med nyutdannede sykepleiere viste det seg at de hadde lite eller ingen erfaring med pasientgruppen, noe som gjorde at de ble tvunget til å møte sine egne svakheter og verdier innenfor emnet. Dette var også et av funnene i studien til Kjelsvik et al. (2018, s. 4192). Hvordan man møter denne pasientgruppen og klarer å ivareta dem handler mye om hvordan man er som person, hvor mye erfaring man har og vilje til å gjøre godt. Dette er en sårbar gruppe hvor flere erfarer å bli stigmatisert i samfunnet og noen har derfor negative forventninger om å bli møtt av et dømmende helsepersonell (Andersson, et al., 2014, s. 17).

6 Konklusjon

Kvinner som får utført en provosert abort har som alle andre pasienter på sykehus et behov for ivaretagelse, omsorg og tilstrekkelig med informasjon. Det finnes mange forskjellige grunner til at en kvinne velger å få utført en abort og sykepleieren må ta hensyn til dette. Alle kvinner er forskjellige og har ulik erfaring, forventninger og tanker om abortprosessen. Det er viktig å tilpasse behandlings behovet til hver enkelt kvinne. For å kunne gjøre dette må man ha et godt utgangspunkt og skape en god relasjon hvor pasienten føler seg trygg. Dette vil være avgjørende for videre samarbeid og hennes opplevelse av helsevesenet.

Som sykepleier har man forskjellige oppgaver i møte med den abortsøkende kvinnen. Man skal både behandle det fysiske som smerter, men også ha fokus på det eksistensielle og emosjonelle. Det er viktig å være bevisst på det non-verbale kroppsspråket slik at det man sier gjenspeiles korrekt av kroppsspråket. Sykepleieren må være tilstede, sette seg ned og aktivt lytte til pasienten for å skape en god relasjon og sikre et godt samarbeid og trygge rammer for kvinnen.

Det kan være vanskelig for sykepleieren å holde seg nøytral i møte med denne pasientgruppen dersom hun har en sterk overbevisning om at abort er galt. Det er viktig å huske på at kvinnene som kommer på sykehuset allerede har vært gjennom en ambivalent beslutningsfase og bestemt seg. Sykepleieren som er uenig i kvinnens valg er nødt til å legge vekk sine egne holdninger for å kunne vise nestekjærlighet og omsorg og handle moralsk rett til kvinnens beste.

I denne oppgaven har jeg behandlet et tema jeg mener er veldig viktig og svært aktuelt i dagens samfunn. Dette er et tema som er lite forsket på og lite undervist om i skolen. Kanskje fordi status til abort var som den var og abort var forbudt. Abort er et kvinnehelseproblem som kan påvirke både den fysiske og psykiske helsen, og problemet rammer et stort antall kvinner. Hvordan man kan ivareta denne pasientgruppen handler mye om hvordan de selv ønsker å bli møtt, og hvordan helsepersonellet klarer å imøtekomme den særskiltes behov. Min konklusjon i denne oppgaven blir at sykepleiere som møter disse pasientene skal behandle dem som de behandler enhver pasientgruppe; med respekt, kunnskap, omsorg, åpenhet og empati.

7 Bibliografi

- Abortloven. (1978). Lov om svangerskapsbrudd (LOV-1975-06-13-50). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>
- Allott, N. (2018, 09. April). Kommunikasjon. Hentet fra <https://snl.no/kommunikasjon?fbclid=IwAR002ywgghs5eU5KD5V14ZKvXRNwdKqy9LzcyIDDTLCLT5O7F8z19QoeDksg>
- Andersson, I. –M., Christensson, K. & Gemsell-Danielsson, K. (2014). Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester Medical Termination of pregnancy. *PLOS ONE*, 9(12), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115957>
- Bjørge, L. Løkeland, M & Oppegaard, K. S. (2011, 22. August). Provosert abort. Hentet 10. Mai 2019 fra <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veileder-arkiv--utgatte-versjoner/veileder-i-generell-gynekologi-2009/provosert-abort/>
- Brinchmann, B. S. (2016). Kapittel 5 - De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien* (4. utg., ss. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O & Trygstad, H. (2014). Kilder og kildekritikk. *Metode og oppgaveskriving* (5.utg, ss. 63-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H & Eide, T. (2017). Kapittel 3 - Mestring i hverdag og krise. *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg, ss. 45-66). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ericsson, K. (1988). *By oss ikke på noe smått: dikt*. Oslo: Forlaget Oktober. Hentet fra <https://www.nb.no/nbsok/nb/5b2a5b2cb119fcea13d670970d50d14c?lang=no#26>
- Folkehelseinstituttet . (2017, 08. Mars). Fakta om abort (med 2018-tal). Hentet 25. April 2019 fra <http://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Fosshagen, K. (2018). *Tabu*. Hentet 25. April 2019 fra <https://snl.no/tabu>

- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov, I. M. Holter, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 363-398). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hummelvoll, J. K. (2014). Samtale og relasjon. I J. K. Hummelvoll (Red.), *Helt- ikke stykkevis og delt* (7. utg., ss. 419-441). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Huser, B. (2005). Selvbestemt abort. I S. Holand (Red.), *Det nye livet- Svangerskap, fødsel og barseltid* (3. utg., ss. 201-204). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Jerpseth, H. (2010). Provosert abort. I H. Almås, D. –G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., ss. 17-52). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jerpseth, H. (2016). Kapittel 20 - sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., ss. 133-168). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirken. (2014). Abort. Hentet 25. April 2019 fra <https://kirken.no/nb-NO/om-kirken/diakoni-og-samfunnsansvar/abort/>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- 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., Moi, A. L., Aasen, E., & 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>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F., Nortvedt & E.–A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2.utg, ss. 207- 270). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoff, A. (2016). Kapittel 20 - Sykdommer knyttet til svangerskap og fødsel. I S. Ørn, & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg, ss. 421-440). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Littman, L. L., Zarcadoolas, C. & Jacobs, A. R. (2009). Introducing abortion patients to a culture of support: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 12(6), 419-431. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0095-0>
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg - Tre dialoger*. Otta: Engers Boktrykkeri AS.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2.utg.). Otta: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Nesheim, B.-I. (7 Mars, 2019). Abort. Hentet 25. April 2019 fra <https://sml.snl.no/abort>
- NSF. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis/artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Opsahl, A. M. D. (2018, 26. Oktober). Får angst og depresjon etter abort. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2013/06/far-angst-og-depresjon-etter-abort>
- Petersen, M. N., Jessen-Winge, C., & Møbjerg, A. C. (2018). Scandinavian women's experience with abortions on request: a systematic review. *JBISIRIR-2017-003344*. *Journal of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(7), 1537-1563. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003344>
- Reynolds-Wright, J. (2013). The moral and philosophical importance of abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 39(1), 51-53. Hentet fra <https://srh.bmj.com/content/39/1/51>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2015). *Bære eller breste - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

SAGE Publications. (2018). Methods Map. Literature review. Hentet Mai 5, 2019 fra
<http://methods.sagepub.com/methods-map/literature-review>

Skatvedt, A. (2008). Alminnelighetens potensial: En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo - Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi) Hentet 10. Mai 2019 fra
https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15264/avhandling_skatvedt.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Språkrådet. (2017). Ivareta. I Bokmålsordbok. Hentet fra:
<http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=ivareta>

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

Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Årrestad, K. P. & Apalnes, C. F. (2013, 28 November). Dømt til døden for å fjerne fosteret. Hentet fra <https://www.nrk.no/ho/domt-til-doden-for-a-fjerne-foster-1.11381588>