



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 460

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 8793

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 118

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven 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

*Sammen om det vanskelige valget –
sykepleie til abortsøkende kvinner*

*Together about the difficult choice –
nursing to abortion seeking women*

Kandidatnummer: 460

Sjuepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

24. Mai 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.

Forført

*Jeg visste ikke hva som kom –
Men brått ble alt snutt om!
"Et lite inngrep, og alt blir bra."
Motet fikk jeg av hva man sa.
"Et lite inngrep, og alt er forbi.
Staten betaler, og du er fri!"
Venner, leger, rådgivere – ja, alle,
ikke ett alvorsord imot lot de falle.*

*Jeg pines og plages av det som er gjort.
Jeg ser ingen utvei, alt er sort.
Angsten, sorgen og smerten som fulgte,
slik blir stadig holdt i det skjulte.
Sperret inne som dyret i bur,
jeg skjelver bak fryktens mur!
Jeg skriker av sorg som intet kan lette;
Hvorfor har ingen fortalt meg dette?*

(Rahel i *Hvorfor gråter du, Camilla. Kvinner etter abort*, s. 26)

Abstract

Title: Together about the difficult choice – caring for abortion seeking women.

Background: About 15 000 induced abortions are performed in Norway every year. The medical procedures seem to be clear, but it's believed that the women's needs extend beyond this aspect. The nurses gain more responsibility in relation to the abortion seeking women, and based on this I wanted to examine the subject further.

Aim: The aim was to examine what nurses that works with abortion seeking women can do to ensure the women's needs when in hospital. The issue was formulated as following: *How can nurses attend to women seeking abortion in Norwegian hospitals in the best possible way?*

Method: The thesis is a literature study. The included scientific articles were retrieved from PubMed, British Nursing Index, SveMed+ and Sykepleien. Curriculum literature was used, including Joyce Travelbee.

Result: Based on the findings, I found ambivalence to be a distinctly reaction both before, during and after the abortion. Many women requested more attention and information from the nurses. However, the interaction should be characterized by respect and understanding.

Conclusion: Abortion seeking women are vulnerable during the abortion process. The nurses should be aware of their own attitudes and focus on showing the women support and respect. The nurses should be given more education on how to meet the women's psychosocial needs.

Keywords: Nursing care, induced abortion, experience, reaction.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 HENSIKT MED OPPGAVEN OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	7
1.3 AVGRENSNINGER	7
1.4 BEGREPSAVKLARINGER	8
2 TEORI	8
2.1 FRA DØDSSTRAFF TIL SELVBESTEMT ABORT	8
2.1.1 Statistikk om abort.....	9
2.2 LOVVERK	10
2.2.1 Abortloven	10
2.2.2. Pasient- og brukerrettighetsloven	10
2.2.3 Helsepersonelloven.....	11
2.3 RUTINER FOR SVANGERSKAPSAVBRUDD	11
2.3.1 Medikamentell abort på sykehus	11
2.4 SYKEPLEIERS ROLLE	13
2.4.1 Kommunikasjon	13
2.4.2 Psykisk helse og reaksjoner.....	14
2.5 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV	14
2.5.1 Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker	14
2.5.2 Menneske-til-menneske forhold.....	15
3 METODE	16
3.1 LITTERATURSTUDIUM SOM METODE.....	16
3.2 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	17
3.3 FREMGANGSMÅTE OG SØKEHISTORIKK	18
3.4 ANALYSE.....	20
3.5 SYNTSE	21
3.6 METODEKRITIKK	21
3.7 KILDEKRITIKK.....	22
4 RESULTAT	22
4.1 SYKEPLEIE TIL ABORTSØKENDE KVINNER	22
4.2 KOMMUNIKASJON MELLOM SYKEPLEIER OG ABORTSØKENDE KVINNE.....	23
4.3 AMBIVALENS OG AUTONOMI	23
4.4 PÅRØRENDE OG ANDRE YTRE FAKTORER.....	24

4.5 PSYKISKE REAKSJONER FORBUNDET MED SVANGERSKAPSAVBRUDD.....	25
5 DISKUSJON.....	26
5.1 SYKEPLEIE TIL ABORTSØKENDE KVINNER	26
5.1.1 <i>Kommunikasjon mellom sykepleier og abortsøkende kvinne</i>	27
5.1.2 <i>Ambivalens og autonomi</i>	30
5.1.3 <i>Pårørendes rolle og andre ytre faktorer</i>	31
5.1.4 <i>Psykiske reaksjoner forbundet med svangerskapsavbrudd</i>	32
6 KONKLUSJON.....	32
7 REFERANSELISTE.....	34
8 VEDLEGG.....	37
8.1 VEDLEGG 1: PICO-TABELL	37
8.2 VEDLEGG 2: SØKEMATRISE	38
8.3 VEDLEGG 3: FLYTSKJEMA	39
8.4 VEDLEGG 4: LITTERATURMATRISE	40
8.5 VEDLEGG 5: SKJEMA OM BEGJÆRING OM SVANGERSKAPSAVBRUDD	44
8.6 VEDLEGG 6: PROSEDYRE FOR MEDISINSK ABORT, HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS ..	45
.....	45

1 Innledning

I følgende kapittel introduseres oppgavens tema og problemstilling, samt bakgrunn for valget av oppgave. Videre presenteres hensikten med oppgaven og dens faglige relevans.

Avslutningsvis blir relevante begrepsavklaringer belyst.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven er en litteraturstudie med fordypning i kvinnehelse, med fokus rettet mot abortsøkende kvinners erfaringer ved svangerskapsavbrudd.

I Norge blir det utført i underkant av 15 000 provoserte svangerskapsavbrudd hvert år (Løkeland-Stai & Bakke, 2019). Sett i global sammenheng har kvinner i Norge svært gode rettigheter vedrørende autonomi om beslutningen om svangerskapsavbrudd (Bahus, 2019). Likevel bærer kvinnen ofte preg av ambivalens knyttet til abortprosessen (Jerpseth, 2010, s. 44). I forbindelse med svangerskapsavbrudd er gjerne sykepleieren den første kvinnen treffer ved ankomst på sykehuset (Kjelsvik, Tveit Sekse, Moi, Aasen, & Gjengedal, 2018). Ved å avdekke abortsøkende kvinners erfaringer knyttet til abortprosessen, vil sykepleiere være bedre rustet til å ivareta kvinnens helhetlige behov.

Diktet på side to er hentet fra en bok som omhandler kvinners erfaringer med abort (Rahel, 2010, s. 26). Budskapet i diktet kan oppfattes som en kvinne som har gjennomgått et utfordrende svangerskapsavbrudd og etterlyste mer informasjon i den sammenheng. Dette kom særlig til uttrykk i siste setning: ”Hvorfor har ingen fortalt meg dette?”. I praksis på sykepleierutdanningen fikk jeg inntrykk av klare rutiner for svangerskapsavbrudd, men manglende fokus på kvinnens psykososiale behov i forbindelse med inngrepet. Jeg fant det overraskende at det ikke var noen integrert oppfølging i etterkant av behandlingen. Flere av de abortsøkende kvinnene jeg traff virket tilsynelatende preget av hendelsen, og det føltes tungt å sende de hjem alene. Dersom en undertrykker vanskelige følelser over tid, vil det kunne føre til ytterligere helseutfordringer som igjen vil føre til merkostnader for samfunnet.

På bakgrunn av erfaringer fra praksisfeltet ble formålet med oppgaven definert til å søke og avdekke kvinners reaksjoner, følelser og erfaringer ved medisinsk abort sett opp mot hvorledes sykepleiere kan bistå mer helhetlig. Potensielt vil en kunne begrense senvirkninger av inngrepet samt bidra til økt livskvalitet for den enkelte kvinne. Min problemstilling for oppgaven ble derfor følgende:

Hvordan kan sykepleier ivareta abortsøkende kvinner på norske sykehus på best mulig måte?

1.2 Hensikt med oppgaven og sykepleiefaglig relevans

Sykepleiers rolle i møte med abortsøkende kvinner vil være essensiell da sykepleieren ikke bare er den første de treffer, men også tildeles flere oppgaver som tidligere var forbeholdt legene (Kjelsvik et al., 2018a). Abort er ikke en del av undervisningsopplegget på sykepleierutdanningen og en slik oppgave vil forhåpentligvis være med å øke bevisstgjøringen hos sykepleiere i møte med denne pasientgruppen.

Et uttalt mål fra myndighetene er å forebygge antall uønskede svangerskap, og dermed svangerskapsavbrudd (Løkeland-Stai & Bakke, 2019). Tiltakene er beskrevet som økt kunnskap om kropp og seksualitet, samt lettere tilgang på tjenester som er nødvendig for et trygt seksualliv. Sistnevnte innebærer blant annet informasjon om og lettere tilgjengelighet av prevensjonsmidler (Løkeland-Stai & Bakke, 2019). En av hensiktene med oppgaven vil potensielt være at vi som sykepleiere kan bidra til å møte myndighetenes mål. Dog via en annerledes kanal enn myndighetene fokusområde, via kunnskap og relasjonsbygging i møtet med abortsøkende kvinner. Muligens kan veiledningen som gjøres på bakgrunn av forankring i tidligere pasienters erfaringer, være med på å øke kunnskapen og seksualhelsen blant kvinnene.

1.3 Avgrensninger

Det ble gjort avgrensninger som innebar ekskludering av kirurgisk abort, hvilket er den andre måten å utføre provosert abort på ved norske sykehus. Norsk lovverk beskriver at kvinnen selv kan begjære svangerskapsavbrudd før utgangen av tolvte svangerskapsuke (Abortloven, 1975, § 2). På bakgrunn av dette ble gravide som ønsker svangerskapsavbrudd etter dette,

ekskludert fra oppgaven. Årsaken til dette er at disse kvinnene må søke om svangerskapsavbrudd, hvorpå forløpet deres er annerledes og potensielt vil inneholde ytterligere faktorer.

1.4 Begrepsavklaringer

I oppgaven vil både begrepet svangerskapsavbrudd og abort brukes om hverandre. Begrepene betyr avbrytelse av svangerskap. Provosert abort er en kunstig fremkalt abort hvor svangerskapet blir avbrutt i den hensikt å hindre fødsel av et barn (Nesheim, 2019). Begrepet ”psykososial” blir brukt gjennom oppgaven og defineres som ”en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering” (Svartdal, 2018). De sosiale forholdene kan angå hjemmeforhold eller oppvekst, mens psykiske forhold brukes om personens måte å håndtere disse, både kognitivt og emosjonelt (Svartdal, 2018).

2 Teori

I teorikapitlet presenteres teori som belyser elementer ved problemstillingen. Innledningsvis tar oppgaven for seg utviklingen av abort i Norge, herunder en presentasjon av aktuell statistikk. Videre fokuseres det på lovverket rundt svangerskapsavbrudd og andre aktuelle lover for oppgavens videre disposisjon nevnes. Deretter blir rutiner ved svangerskapsavbrudd og sykepleiers rolle ved abort presentert. Sykepleieteori i form av Joyce Travelbee blir beskrevet før kapitlet avrundes med teori om kommunikasjon og krisepsykologi.

2.1 Fra dødsstraff til selvbestemt abort

Historisk sett var abort strengt ulovlig i Norge, og i 1687 var konsekvensen ved trossing av dette, halshugging hvorpå hodet ble plassert på stake (Bjørnfeldt, 2018). Siden den gang har det skjedd utvikling av både lovverk og holdning til temaet. På 1800-tallet startet en

liberalisering hvor dødsstraffen ble opphevet og kvinner fikk utføre abort dersom svangerskapet var til fare for kvinnens liv eller helse (Bjørnfeldt, 2018).

Katti Anker Møller var kvinnesaksforkjemper og en av pionerene som kjempet for at abort ikke skulle være straffbart (Dolonen, 2018). Hun mente at lovverket førte til flere uforsvarlige og illegale aborter som ofte fikk fatale konsekvenser. Etter en lang kamp for kvinners rettigheter ble abortloven innført i 1964 (Dolonen, 2018). Denne ble revidert i 1976 og siden da har det vært mulig for kvinner i Norge å utføre svangerskapsavbrudd inntil svangerskapsuke 12 (Bjørnfeldt, 2018).

Sett i global sammenheng, ble det utført 43,8 millioner aborter i 2008, hvorav halvparten ble definert som utrygge aborter (Dolonen, 2018). Nesten alle utrygge aborter skjer i utviklingsland og i-land hvor selvbestemt abort er begrenset tilgjengelig (Dolonen, 2018). En rapport fra leger uten grenser sier at utrygg abort dreper seks kvinner i timen, og at kvinner som ønsker abort vil gjennomføre dette uansett farlighetsgrad (Leger Uten Grenser, 2015).

2.1.1 Statistikk om abort

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at det i 2017 ble sendt inn 13 892 begjæringer om svangerskapsavbrudd, og utført 12 733 inngrep. Dette er en nedgang fra året før, hvor det var 435, altså 3% flere gjennomførte aborter (Heiberg-Andersen, et al., 2018).

Folkehelseinstituttet rapporterer ytterligere synkende tall, og i 2018 ble det utført 12 380 svangerskapsavbrudd (Løkeland-Stai & Bakke, 2019). Kvinner i aldersgruppen 20-24 år har tradisjonelt hatt den største forekomsten av svangerskapsavbrudd, men de nyeste tallene viser at det nå er kvinner i alderen 25-29 med høyeste forekomst av aborter (Heiberg-Andersen, et al., 2018).

De fleste abortene gjennomføres tidlig i svangerskapet. I 2018 ble 82,6% av alle provoserte aborter utført innen uke 9 (Løkeland-Stai & Bakke, 2019). Av alle svangerskapsavbrudd var hele 95,4% selvbestemte (Løkeland-Stai & Bakke, 2019). Medikamenter som igangsetter aborten brukes i nærmere 90% av tilfellene (Helsedirektoratet, 2017).

2.2 Lovverk

I underkapitlene presenteres en oversikt over aktuelt lovverk som videre vil være relevant for oppgavens utvikling.

2.2.1 Abortloven

Loven om svangerskapsavbrudd, forkortet til abortloven, trådte i kraft 1. januar 1976 og inneholder blant annet bestemmelser om veiledning før og etter 12. svangerskapsuke samt en egen del vedrørende abortnemnden (Abortloven, 1975).

Abortloven § 2 lyder: ”Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg.” Videre står det: ”Finner kvinnen, etter at hun har fått tilbud om informasjon m.v. som nevnt og veiledning etter §5 annet ledd første punktum, at hun likevel ikke kan gjennomføre svangerskapet, tar hun selv den endelige avgjørelse om svangerskapsavbrudd såfremt inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke og tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot det.”

Abortloven regulerer blant annet hvordan kvinnen skal søke om svangerskapsavbrudd. Det skal alltid fremmes en begjæring om svangerskapsavbrudd overfor en lege, hvilket gjøres ved å fylle ut skjemaet “begjæring om svangerskapsavbrudd” (se vedlegg 5). Legen skal opplyse om inngrepets art og dens medisinske virkning (Abortloven, 1975, § 5). Det presiseres at hun når som helst kan ombestemme seg og trekke begjæringen (Abortloven, 1975, § 8). I følge abortloven har kvinnen rett på prevensjonsveiledning (Abortloven, 1975, § 14a).

2.2.2. Pasient- og brukerrettighetsloven

Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven er i følge §1:

å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. (1999)

Med tanke på oppgaven videre vil særlig pasientens rett til medvirkning og informasjon være relevant. Dette innebærer at pasienten har rett til å medvirke ved valg om ulike behandlingsmetoder, eksempelvis hvor og hvordan aborten skal utføres. Pasienten har rett til nødvendig informasjon for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og ivareta egne rettigheter. Informasjonen skal for øvrig tilpasses den enkelte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 3-1, § 3-2).

2.2.3 Helsepersonelloven

Formålet med loven er : ”å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten” (Helsepersonelloven, 1999, § 1).

Regel om taushetsplikt er beskrevet i Helsepersonelloven § 21, kapittel 5: ”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (199).

2.3 Rutiner for svangerskapsavbrudd

En abortsøkende kvinne kan ta kontakt med sykehuset selv, eller oppnå kontakt via fastlege (Helsedirektoratet, 2017). Sykehuset vil spørre kvinnen når siste menstruasjon var, for å beregne antall svangerskapsuker (Sex og samfunn, 2015). Ut i fra denne informasjonen får kvinnen en konsultasjonstime til første undersøkelse hvilket innebærer innvendig ultralyd for å fastsette svangerskapslengden. Behandlingsmetode velges på bakgrunn av faktorer som kvinnens eget ønske, svangerskapsvarighet, eventuelle tidligere svangerskap og kvinnens generelle helsetilstand (Sex og samfunn, 2015). Som frisk kvinne over 18 år har man mulighet til å gjennomføre aborten hjemme, dersom man er innen svangerskapsuke 9 (Metodebok for seksuell helse, 2019).

2.3.1 Medikamentell abort på sykehus

I gynekologisk poliklinikk får kvinnen en tablett kalt Mifegyne, hvilket inneholder mifepriston (Helse Bergen, 2019). Mifepriston er et anti-hormon som virker ved å blokkere

progesteron-effektene, altså et hormon som er essensielt for at svangerskapet skal fortsette (Felleskatalogen). Medikamentet vil dermed stoppe utviklingen av graviditeten og aborten har startet (Helse Bergen, 2019). Etter at medikamentet er inntatt per os, reiser kvinnen hjem og kan oppleve kvalme, vaginale blødninger samt menstruasjonslignende smerter (Metodebok for seksuell helse, 2019).

Etter to døgn legges kvinnen inn på dagpost på sykehuset og sykepleieren eller kvinnen selv setter inn misoprostol, også kjent som Cytotec, inn i skjeden (Helse Bergen, 2019).

Misoprostol gjør at livmoren trekker seg sammen, og støter ut innholdet. Dette vil føre til at pasienten gjerne opplever smerter og blødninger (Helse Bergen, 2019). I løpet av 4-6 timer vil de fleste abortere, og kvinnen kan reise hjem samme dag. Profylaktisk, altså forebyggende, får kvinnen smertestillende (Helse Bergen, 2019). Dersom kvinnen har kommet lenger enn ni uker i svangerskapet skal foster og morkake kvitteres. Dette innebærer at sykepleier og lege undersøker at foster og morkake er utstøtt av livmoren. Bakgrunnen for dette er at man skal utelukke rester som sitter igjen, da dette kan føre til infeksjon (Helse Bergen, 2019).

Det trengs ingen legek kontroll etter aborten, men kvinnen må ta en graviditetstest 28 dager etter inntak av Mifegyne. Dersom graviditetstesten er positiv, må hun oppsøke fastlege for å ta en blodprøve for å undersøke HcG nivåene. Dette er et svangerskapshormon som gir svar på om aborten har vært vellykket (Helse Bergen, 2019). De fleste vil oppleve å blø mindre og mindre i 2-3 uker. Det bør ikke brukes tampong og unngås samleie så lenge blødningen ikke har avtatt (Helse Bergen, 2019). Allerede etter to uker kan kvinnen på nytt bli gravid, da eggøsningen vil fungere som normalt etter aborten (se vedlegg 6 for full prosedyre).

På Helsenorgeres nettsider står det informasjon samt link til Amatheia. Dette er en tjeneste som kan benyttes hvis man trenger noen å snakke med (Helsedirektoratet, 2017). Amatheia er en landsdekkende helsetjeneste med formål om videre utvikling av kunnskap, samt økt kompetanse i samfunnet om kvinnehelse og psykososiale utfordringer ved uplanlagte svangerskap og abort (Amatheia, 2019).

2.4 Sykepleiers rolle

Sykepleie er både et fag og en profesjon som ivaretar særlige funksjoner og handlinger i samfunnet. Sykepleiefagets grunnlag omhandler respekt for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2019). Faget skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene samt være kunnskapsbasert. Som sykepleier har en et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av faget og en er ansvarlig for å sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2019). "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere" er etiske retningslinjer som er spesielt utformet for sykepleieryrket og omhandler blant annet forventninger til, og rettesnorer i utøvelsen av faget (Norsk sykepleierforbund, 2019).

2.4.1 Kommunikasjon

Sykepleiere bør være gode kommunikatører da de ofte treffer personer i en sårbar situasjon, eksempelvis ved svangerskapsavbrudd. God kommunikasjon kan oppnås gjennom informasjon, empati og støtte (Heyn, 2015, s.374). "Kommunikasjon defineres som en prosess hvor et budskap som inneholder informasjon, blir overført eller formidlet, og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger bli sendt og mottatt, enten verbalt eller non-verbalt" (Heyn, 2015, s.364) Dersom en pasient får adekvat informasjon formidlet på en empatisk og støttende måte, vil dette kunne bidra til økende håndterbarhet av situasjonen. Tilstedeværelse fra sykepleier kan bidra til at pasienten føler seg ivaretatt og det er da essensielt at sykepleier viser tilgjengelighet (Heyn, 2015, s. 378).

Non-verbal kommunikasjon er med på å ledsage det muntlige språket hvor ordene får styrke og kraft gjennom kroppslige ledsageruttrykk (Hummelvoll, 2012, s. 425). Gjennom kroppsholdning og bevegelse signaliseres ønsket om nærhet eller avstand, imøtekommenhet eller fiendtlighet. Dersom sykepleieren eksempelvis står ved siden av en sengeliggende pasient kan det oppleves som en følelse av underlegenhet (Heyn, 2015, s. 387). I følge Hummelvoll skapes kunnskap i dialog med pasientene og dette innebærer at sykepleier søker pasientens erfaringer, altså hvordan de selv opplever lidelsen og situasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 48).

2.4.2 Psykisk helse og reaksjoner

“Helse er en tilstand og en prosess av best mulig fysisk, psykisk, åndelig og sosialt velvære - og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet” (Hummelvoll, 2012, s. 35).

Krise er noe alle rammes av i ulik grad, og det kan tenkes at ved sykehusinnleggelse og sykdom vil man oppleve en form for krise. Svangerskapsavbrudd kan være en form for krise. Det er essensielt at sykepleier i en slik situasjon formidler optimisme og håp om løsning, dog uten å gi falske forhåpninger (Hummelvoll, 2012, s. 512). Et typisk uttrykk som ”alt ordner seg” vil kunne redusere motivasjonen knyttet til mestring og tilpasning til situasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 512). Engasjement hos pårørende vil være fordelaktig i prosessen da de har mulighet til å følge opp pasienten privat.

2.5 Sykepleieteoretisk perspektiv

Travelbees teori ble ansett som relevant for oppgaven da problemstillingen fokuserer på relasjonen mellom sykepleier og pasient.

2.5.1 Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker

Joyce Travelbee var en amerikansk sykepleieteoretiker som utarbeidet en teori som har hatt stor innvirkning på norsk sykepleierutdanning (Eide & Eide, 2007, s. 130). Teorien er bygget på eksistensialistisk filosofi og fokuserer på det mellommenneskelige aspektet ved sykepleiefaget (Travelbee, 2001, s. 30-31). Travelbee tok sterk avstand fra generaliserte oppfatninger og ønsket fokus på mennesket som individ. Sykepleierens mål skal være å hjelpe pasienten med å finne mening i en vanskelig situasjon. Travelbee bruker i denne sammenheng uttrykket “terapeutisk bruk av seg selv” (Travelbee, 2001, s. 44).

En annen viktig del av teorien er kommunikasjon, som mellom pasient og sykepleier beskrives som essensiell fordi ved fravær av dette vil ikke behandleren kunne bli kjent med den sykes behov og problemer. Dette mener Travelbee vil føre til at sykepleieren forveksler egne behov med pasientens og det vil bli vanskelig å hjelpe vedkommende (Travelbee, 2001, s. 137).

2.5.2 Menneske-til-menneske forhold

I Joyce Travelbees sykepleieteori beskrives den såkalte interaksjonsprosessen (Travelbee, 2001, s. 138-139).

Det innledende møtet

Når to mennesker møtes for første gang, som for eksempel i møtet mellom sykepleier og pasient, vil begge parter gjerne ha en viss oppfatning av den andre. Dette skyldes eksempelvis stereotypier eller tidligere erfaringer med lignende situasjoner, for eksempel ved at pasienten har møtt en sykepleier på sykehuset før. Sykepleierens oppgave i en slik situasjon vil være å bryte ut av denne kategoriseringen og flytte fokuset til enkeltmennesket. Sykepleieren må derfor ønske å se mennesket bak pasientrollen og bevisst gå inn for å se personen hun treffer (Travelbee, 2001, s. 186).

Fremvekst av identiteter

Etter hvert vil både pasient og sykepleiers identiteter og personlighet komme til syne for den andre. Dette vil føre til at man ser hvem personen er og man kan etablere et bånd. Sykepleier vil få en begynnende forståelse av pasientens oppfatning av situasjonen, mens pasienten ser personen bak uniformen. For at dette skal kunne skje, så er sykepleier nødt til å fri seg fra å sammenligne pasienten med tidligere (Travelbee, 2001, s. 188-189).

Empati er en tilstand som finner sted mellom to eller flere personer. Hovedsakelig handler det om å dele eller forstå en annen persons psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk. På denne måten tar man del i den andres tanker og følelser, selv om man fortsatt er atskilt fra den andre. Dette vil innebære at man kjenner nærhet og har bedre forståelse av den andres individualitet. Resultatet av empatien vil være muligheten til å forutsi individets handling (Travelbee, 2001, s. 193-194).

Sympati

Dette er et resultat av den empatiske prosessen. Derimot går sympati et sted videre på den måten at sympati knyttes opp mot et ønske om å avhjelpe lidelse. Denne fasen forbinder man med lidenskapelighet hvor sykepleieren opplever ekte bekymring for pasientens lidelse, men

samtidig ønsker å avhjelpe denne. Dette innebærer i stor grad det vi kaller omsorg i form av at man kan dele lidelsen slik at den blir lettere å bære (Travelbee, 2001, s. 200).

Gjensidig forståelse og kontakt

Gjensidig forståelse og kontakt vil være resultatet av interaksjonene som har skjedd forut. Dette karakteriseres ved at de to partene deler nær forbundne tanker, følelser og holdninger. I sykepleier-pasient situasjonen vil dette være resultatet av at sykepleieren har avhjulpet pasientens lidelser (Travelbee, 2001, s. 211).

3 Metode

I dette kapittelet beskrives metoden og fremgangsmåten brukt i søk etter forskningsartikler. Videre presenteres inklusjon- og eksklusjonskriterier, før fremgangsmåten for litteraturstudien blir beskrevet. Deretter følger en analyse og en syntese av valgt litteratur før kapittelet avrundes med kilde- og metodekritikk.

3.1 Litteraturstudium som metode

Ut fra skolens retningslinjer for bacheloroppgaven ble det besluttet å skrive en prosjektrapport med litteraturstudium som metode. Metodekunnskapen i en litteraturstudie omhandler evnen til informasjonsinnhenting (Støren, 2013, s. 38). Gjennom metoden har aktuell litteratur om temaet blitt innhentet, hvilket har ført til en økt forståelse av pasienterfaringer og sykepleiers rolle.

I denne litteraturstudien er det primært brukt artikler med kvalitativ metode hvilket omhandler å fange opp mening og opplevelse som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2007, s. 82). Typiske kjennetegn ved metoden er at man går i dybden, intervjuet preges av fleksible svaralternativer hvor forskeren søker etter forståelse og ser fenomenet innenfra. Derfor ble det fokusert på denne typen litteratur, for å belyse problemstillingen ut ifra pasientperspektivet

med mål om økt kunnskap hos sykepleiere. Valg av riktig metode vil kunne føre til utvidet forståelse og forbedret praksis i samhandling med pasientene. Ved bruk av kvalitativ metode er det essensielt at forskeren erkjenner egen påvirkning og delaktighet i prosjektet, hvor målet er å gjengi resultatene best mulig med tanke på sammenheng og helhet (Dalland 2007, s.84). Fire av de seks valgte artiklene er av kvalitativ metode, og av den grunn vil oppgaven primært basere seg på et hermeneutisk vitenskapssyn, som med andre ord kan forklares som fortolkningslære. Å erkjenne teoretisk perspektiv kan ses på som en forutsetning for å vurdere forskningen (Nilsson, 2007).

Det ble vurdert å inkludere to artikler med kvantitativ metode da de omhandlet informasjon som belyste aspekter relevant for denne oppgavens problemstilling. Kvantitativ metode innebærer at man retter oppmerksomheten mot det ytre som er lett synlig, for å registrere og forklare det som foregår, gjerne i form av tall og tabeller (Dalland 2007, s. 185).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I forkant av litteratursøkene ble det gjort vurderinger på inklusjons- og eksklusjonskriterier. Innledningsvis ble tema og problemstilling avklart, hvilket la føringer for arbeidet videre.

Det første inklusjonskriteriet innebar at artiklene skulle være relativt nye, hvor det innledningsvis ble satt en grense på 10 år. Da det viste seg at forskning på området var begrenset, ble det tatt en vurdering om å utvide tidsbegrensningen til 19 år. Videre ble det gjort en vurdering om at søkene skulle gjøres på språk jeg behersker, altså skandinaviske språk og engelsk. Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere på norske sykehus kan ivareta abortsøkende kvinner på best mulig måte, og jeg ønsket derfor norske forskningsartikler. Dog fant jeg kun to relevante artikler fra Norge, og deretter tok jeg en vurdering om å innhente litteratur fra land som har likhetstrekk med Norge. Primært ble det da søkt etter litteratur med utspring i Norden, da det i stor grad korrelerer med Norges holdninger og lovverk. Det er store variasjoner mellom kultur, religion og geografi når det gjelder abort, og derfor ble det vurdert som essensielt å ta en vurdering til.

Pasientgruppen ble avgrenset til å omhandle alle gravide kvinner i fertil alder over 16 år. Det ble ikke satt noen øvre aldersgrense, og årsaken til at nedre alder ble satt til 16 år var fordi jenter over 16 år har mulighet til å bestemme over egen kropp (Abortloven, 1975, §4). Hun trenger ikke samtykke fra foreldrene til abort etter fylte 16 år, men foreldre eller foresatte har rett til å uttale seg med mindre skjellige forhold tilsier noe annet (Abortloven, 1975, §4). Utover alderskriteriene ble pasientgruppen spesifisert til å omhandle kvinner i første trimester, altså innen 12. svangerskapsuke. Med 12. svangerskapsuke menes svangerskap i 11 uker og 6 dager (11+6), hvor svangerskapet regnes fra første dag av siste menstruasjon (Helsedirektoratet, 2018). Videre ble det satt kriterium om at pasientgruppen skulle utføre medisinsk abort på sykehus, med oppfølging av sykepleier. Artikkene skal i stor grad omhandle interaksjonen mellom sykepleier og pasient, samt erfaringer knyttet til dette og derfor ble hjemmeaborter ekskludert.

3.3 Fremgangsmåte og søkehistorikk

Innledningsvis ble pensumlitteratur vurdert. Gjennom studiet har det generelt vært lite fokus på svangerskap og kvinnehelse. Derimot kan mye av pensum relateres til andre aspekter ved problemstillingen, slik som kommunikasjon, psykisk helse og etikk, samt sykepleieteori. Pensumlitteratur ble innhentet fra lærebøker, fjernlån på bibliotekets nettsider og elektronisk. Jeg ble tipset om Nasjonalbibliotekets nettsider som gir elektronisk tilgang til relevante bøker ved innlogging via Feide. Utover pensumlitteraturen fant jeg en bok om kvinners erfaringer med abort i "Hvorfor gråter du, Camilla?" av Otto Gjerpe.

I forbindelse med litteratursøk benyttet jeg PICO for å systematisere søkeord. PICO har vi benyttet i tidligere skoleoppgaver. Det fungerer som et verktøy for å klargjøre hva slags informasjon en søker etter ved å strukturere søkeord for at overgangen til søk blir lettere (Søk & Skriv, 2019). Søkene ble gjort på engelsk og norsk, og jeg brukte SveMed+ for å utarbeide flere MESH termer (Medical Subject Headings) (Legemiddelaktuelt, 2018). En oversikt over utvalgte søkeord er systematisert i vedlegg 1.

Innledningsvis brukte jeg flere databaser og tidsskrifter for å få et overblikk, men tok en beslutning om å bruke PubMed, British Nursing Index and Archive og SveMed+. Nøkkelord for søkene var provosert abort, kommunikasjon, sykepleie og erfaringer. Søkeprosessen er systematisert i en søkematrise som ligger vedlagt i vedlegg 2. I vedlegg 3 finnes en oversikt over søkeprosessen, presentert i et flytdiagram. Søkeordene ble oversatt til engelsk og kombinert i varierende grad. I databasene ble det avdekket mange treff innen abort, men begrenset utvalg angående pasienterfaringer knyttet opp mot sykepleie. Etter avgrensningene som er vist i vedlegg 2, leste jeg tittel og vurderte denne i kombinasjon med sammendraget for å vurdere aktualiteten. Dersom sammendraget var relevant leste jeg hele artikkelen og tok en ny vurdering. Dernest ble artiklene kontrollert opp mot sjekklister fra Helsebibliotekets nettside (Helsebiblioteket, 2016). Utover dette ble de vurdert subjektivt opp mot relevant, på bakgrunn av problemstilling. Særlig fokusområde for denne vurderingen var sykepleiefaglig relevans. I vedlegg 4 er en utfyllende presentasjon av de utvalgte artiklene beskrevet via en litteraturmatrise.

I søkeprosessen ble S-pyramiden, også kjent som kunnskapspyramiden, brukt til å velge databaser (Helsebiblioteket, 2016). Jeg startet å søke i British Nursing Index and Archive som er en database som vektlegger sykepleie- og jordmorfag samt har et europeisk perspektiv på sykepleie, hvilket stemte godt med min problemstilling (Helsebiblioteket, 2019). Først brukte jeg søkeordene induced abortion AND nursing AND experience, hvor jeg også avgrenset søkene til å være fagfelleverderte artikler (peer reviewed) og satte en tidsavgrensning på år 2000-2019, samt engelskspråklig. Videre søkte jeg i databasene PubMed og Svemed+, og oversikt over denne prosessen finnes i søkematrisen i vedlegg 2. I prosessen med å velge ut aktuelle artikler brukte jeg aktivt sjekklister som jeg fant via Helsebibliotekets sider. Der så jeg blant annet etter IMRaD-struktur for å tydeliggjøre inndelingen og hensikten med oppgaven. Jeg gjorde mange søk i ulike databaser innledningsvis for å skape en oversikt over utvalget. PICO-skjemaet ble justert etter innhenting av MESH-begrep fra artikkeloversikter, og søkene ble mer strukturert – hvilket førte til bedre treff.

Det var en prosess å finne gode søkeord som ga mer konkrete treff. Jeg oppsøkte medstudenter samt bibliotekar på høyskolen for hjelp til dette. Innledningsvis fant jeg artikler

med fokusområde på svangerskapsavbrudd som medisinsk prosedyre, hvorledes jeg innså at jeg måtte presisere sykepleie for å få frem relevant perspektiv. Utarbeidingen av søkeord som omhandlet *reaksjoner* ble essensiell. Det ble en balansegang å finne erfaringer knyttet til svangerskapsavbrudd, men samtidig ekskludere artikler som omhandlet psykiske lidelser ved abort. Jeg valgte artikler som jeg senere innså at ikke var relevant nok for oppgaven. De stemte overens med sjekklistene, men hadde eksempelvis feil fokusområde. I forbindelse med databasesøkene fant jeg en nettside som heter ”Researchgate”. Der registrerte jeg meg som bruker og tilgang til fulltekst av flere artikler, helt gratis. Ifølge nettstedet selv er de et profesjonelt nettverk som er utviklet for forskere og vitenskapsmenn og -kvinner med over 15 millioner medlemmer fra hele verden (ResearchGate, 2019). Medlemmene bruker nettstedet til å dele, oppdage og diskutere forskning.

3.4 Analyse

En analyse er et granskningsarbeid med mål å finne ut hva materiale har å fortelle ved at vi søker mening i det vi har fått vite (Dalland, 2007, s. 171). De utvalgte artiklene har ulikt fokus og metode, hvilket førte til at det var utfordrende å holde de opp mot hverandre. På bakgrunn av dette leste jeg alle artiklene nøye og lagde egne notater til disse. Informasjonen ble systematisert i litteraturmatriksen som er vist i vedlegg 4. Ut i fra denne granskingen identifiserte jeg likheter og forskjeller. I det konkrete arbeidet brukte jeg notatene fra hver enkelt artikkel og systematiserte innhold ut i fra farger. På denne måten fikk jeg oversikt over poengene i de ulike artiklene. Denne typen analysearbeid er beskrevet i Thidemanns bok om oppgaveskriving (Thidemann, 2015, s. 92). Fargekodene var knyttet opp mot innhold som jeg stadig måtte justere for å trekke ut essensen av oppgavene. Det ble tydelig at mye av innholdet gikk igjen ved flere av artiklene. Dog innså jeg at det var utfordrende å sammenligne artikler med ulik metode. Utvalget mitt bestod primært av litteratur med kvalitative metode, og de to utvalgte artiklene med kvantitativ metode inneholdt ikke like bredspektret informasjon som de andre.

På tross av at det var utfordrende å sammenligne artikler med ulike metoder, innså jeg i arbeidet med analysen av innholdet, at artiklene likevel stemte overens. De kvalitative dataene

inneholdt informasjon om pasienterfaringer fra narrative intervjuer, mens de kvantitative metodene skildret tall som underbygget flere av de samme observasjonene.

3.5 Syntese

En syntese handler om å sette sammen elementer fra ulikt tekstmateriale og reorganisere disse til en ny og logisk helhet, hvilket gjøres ved å skape nye mønstre eller strukturer (Thidemann, 2015, s. 57). I syntesearbeidet omgjorde jeg det kategoriserte innholdet fra analysen, og skapte nye temaer som ville være aktuelt med tanke på oppgavens problemstilling. Eksempelvis inneholdt flere av artiklene skildringer om partneren i forbindelse med svangerskapsavbruddet. Dette var ikke en del av min problemstilling, men jeg innså at kunnskap om dette er vesentlig for sykepleiers arbeid med kvinnene. Derfor koblet jeg elementene opp mot hverandre og skapte en tematisk inndeling hvor jeg ønsket å avdekke hva sykepleier kan gjøre i forbindelse med denne ytre påvirkningen.

3.6 Metodekritikk

Problemstillingen for oppgaven ble utformet på en måte som innebærer kvalitativ metodetilnærming. I litteratursøkene ble både vitenskapelige artikler med kvalitativ- og kvantitativ metode inkludert. Denne metodetrianguleringen kan være utfordrende å sammenstille da de presenterer resultater på ulike måter (Thidemann, 2015, s. 97). Min erfaring med søk i databaser er relativt begrenset, hvilket sannsynligvis har ført til begrenset resultat. Egen evne til analyse, særlig av artiklene med kvantitativ metode, har sannsynligvis vært utilstrekkelig. Jeg har fokusert på å ha et kritisk blikk, men egne iboende holdninger har potensielt påvirket kriterier samt utvalg av artikler. Dersom andre vurderinger, eksempelvis via andre søkeord eller kriterier, ville utfallet gjerne vært annerledes. Gjennom narrative intervjuer vil informasjon gå tapt, hvilket kan føre til feiltolkning. Tilgang til databaser og artikler har vært begrenset. I en litteraturstudie er det viktig å overholde akademiske normer for kildehenvisning. Dette betyr at man ikke hevder at teksten er egne meninger, men har grunnlag i teori som er hentet fra evidensbaserte kilder (Thidemann, 2017, s.12). På bakgrunn av dette har jeg hatt fokus på å forsikre meg om at utvalgte artikler har vært utarbeidet i henhold til etiske retningslinjer. Jeg stiller meg kritisk til at jeg ikke vurderte artikler ut i fra

fagfellevurdering, men kun registrerte dette ved enkelte av artiklene. Jeg fikk god hjelp til søkestrategier via ”søkeakutten” på Høgskulen.

3.7 Kildekritikk

Jeg anså pensumlitteratur som pålitelige kilder da de velges ut av Høgskulen for utdanningen av sykepleiere. Nasjonalbibliotekets mulighet til å innhente litteratur elektronisk har vært til veldig god hjelp i denne oppgaven. Her fikk jeg tilgang til flere bøker som var utlånt ved de lokale bibliotekene. Helsebibliotekets nettsider har vært gode informasjonskilder og utgangspunkt for innhenting av litteratur fra databaser. Her finnes svært god informasjon om litteraturstudier og gode sider om blant annet terminologi, databaser, søketips og sjekklister, for å nevne noe. Veiledningstimene med veileder på skolen har vært svært hjelpsomme. Jeg valgte å inkludere boken ”Hvorfor gråter du, Camilla?” da den omhandler temaet for oppgaven. Dog er dette en bok som tydelig argumenterer i én retning og fremstår ikke særlig nyansert.

4 Resultat

Totalt ble det valgt seks forskningsartikler og resultatene fra disse presenteres i dette kapitlet under en tematisk inndeling.

4.1 Sykepleie til abortsøkende kvinner

Sykepleierne var bekymret for å bli emosjonelt involvert samt for å overføre sårbarhet. De fortalte at de kjente ansvar overfor kvinnene, men savnet opplæring og profesjonelle samtalegrupper på bakgrunn av manglende kunnskap om kvinnenes psykiske reaksjoner ved abort (Kjelsvik et al., 2018a). Det ble trukket sammenligninger med USA hvor det anvendes spørreskjema for å avdekke eventuell ambivalens. I den andre norske artikkelen, også av Kjelsvik et al. (2018b), beskrev de abortsøkende kvinnene abortprosessen som en ensom reise. Kvinnene ytret behovet for å bli møtt med respekt og sykepleiers holdning var viktig for deres erfaring. Pasientene i tredje artikkel meddelte både positive og negative erfaringer med sykepleierne. Noen opplevde støtte, mens andre mente at sykepleierne ignorerte kvinnenes

fysiske og psykiske endringer (Al x & Hammarström, 2003). Kvinnene beskrev et ønske om å bli anerkjent og respektert av sykepleierne og ønsket en bekreftelse på at valget de tok var forståelig. Den første kvantitative artikkelen undersøkte kvinner og menns generelle tilfredshet ved abortomsorg på sykehus. I følge undersøkelsen bør mennene fokuseres mer på som en del av behandlingen, blant annet gjennom familierådgivning. Flere av kvinnene etterlyste bedre opplæring av sykepleiernes evne til rådgiving og kommunikasjonsferdigheter (Makenzius, Tyd n, Darj, & Larsson, 2012). I den siste artikkelen ble det avdekket at det er viktig å øke kunnskapen hos sykepleiere angående ettervirkninger (Broen, Moum, Bødtker, & Ekeberg, 2006).

4.2 Kommunikasjon mellom sykepleier og abortsøkende kvinne

I første artikkel ytret sykepleierne et mål om å gi kvinnene tilpasset, individuell behandling. De forsøkte å involvere seg mer ved å sette seg inn i kvinnens situasjon. Flere av sykepleierne fortalte om utfordringer ved å stille direkte spørsmål til kvinnene som ikke nødvendigvis var usikre (Kjelsvik et al., 2018a). Pasientene savnet personell å snakke med, og ønsket å bli spurt. Det ble også nevnt at kvinnene ønsket at sykepleierne gjenkjente reaksjonene deres og dermed kunne gi emosjonell støtte (Kjelsvik et al., 2018b). Disse kvinnene hadde dårligere erfaringer med helsepersonell, og ønsket holdning fra sykepleier om at valget var forståelig. En kvinne beskrev måten å bli snakket til på som avgjørende for hennes reaksjoner (Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal, & Freedman, 2017). I den kvantitative artikkelen fra Sverige ytret flere misnøye vedrørende veiledning, samt begrenset tid mellom førte undersøkelse og inngrepet. Både kvinnene og deres mannlige partnere etterlyste mer tilstedeværelse og det ble beskrevet at empatien sykepleier kommuniserte var viktigste årsak til tilfredshet.

4.3 Ambivalens og autonomi

Artikkelen omhandler sykepleiere ved gynekologisk avdeling, hvor sykepleierne beskrev kvinner med ambivalente følelser knyttet til valget. De omtalte kvinnene som sårbare og lettp virkelige, og ønsket å avdekke pasientens faktiske følelser (Kjelsvik et al., 2018a). Ambivalensen kjentes utfordrende også for sykepleierne fordi de opplevde utydelige signaler fra kvinnene (Kjelsvik et al., 2018a).

I den andre artikkelen som ble inkludert av Kjelsvik et al (2018b) ble ambivalens knyttet til svangerskapsavbrudd tematisert, men via et pasientperspektiv hvor de abortsøkende kvinnene ble intervjuet. I studien av Aléx og Hammarström (2003) var også ambivalens uttalt gjennom abortprosessen. Flere av kvinnene hadde opprinnelig positive holdninger knyttet til abort, men da de selv plutselig stod i situasjonen følte det annerledes (Aléx & Hammarström, 2003). Kvinnene i denne studien hadde også kjent på ulike følelser og en moralsk konflikt hvor de savnet en å prate med (Aléx & Hammarström, 2003).

Det ble også valgt ut to kvantitative studier hvor den ene omhandlet kvinnen og hennes mannlige partners generelle tilfredshet knyttet til omsorg ved svangerskapsavbrudd (Makenzius et al., 2012). I studien ble det presentert tall som viste at både kvinnene og mennene opplevde valgprosessen som utfordrende og det ble etterlyst mer informasjon og støtte. Her ble blant annet sosiale normer trukket frem som faktor for motstridende følelser (Makenzius et al., 2012). Den siste artikkelen, som også var en kvantitativ studie, presenterte data om følelsesreaksjoner gjennom gradering av følelser (Broen et al., 2006). Kvinner som utførte provosert abort beskrev lettelse, men også følelse av skyld og skam. Flere av intervjuobjektene hadde ambivalente følelser også ved de senere målingene etter aborten (Broen et al., 2006).

4.4 Pårørende og andre ytre faktorer

I artikkelen av Kjelsvik et al. (2018a) som omhandlet arbeidet med denne abortsøkende pasienter kom det frem at tidligere personlige erfaringer og livshendelser var med å påvirke kvinnen valg. Tid ble også presentert som en faktor som kunne føre til ytterligere stress i en allerede presset situasjon (Kjelsvik et al., 2018a). I Kjelsvik et al. (2018b) sin andre artikkel ble tidsperspektivet også presentert som en faktor som førte til økt stress. Uavhengig av hvilken av kategoriene kvinnene tilhørte så opplevdes dette som stressende. Kvinner som hadde kommet lenger i svangerskapet enn først antatt opplevde å være ytterligere presset (Kjelsvik et al., 2018b).

Angående emosjonell støtte beskrev de fleste kvinnene en sterk relasjon til sin mor og sine nære venner (Kjelsvik et al., 2018b). Samfunnsnormer ble også trukket frem som et aspekt for avgjørelsen til kvinnene (Kjelsvik et al., 2018b). I artikkelen av Aléx og Hammarström (2003) uttrykte kvinnene at økonomi, alder, barndomsminner og partnerskap hadde betydning for avgjørelsen. Kvinnene i denne studien opplevde minst støtte fra partneren og ustabile forhold ble tatt med i betraktningen. Kun én av kvinnene opplevde støtte fra partneren sin, men han bodde utenlands (Aléx & Hammarström, 2003). I følge artikkelen kan det se ut som at kvinnene ubevisst adopterte partnerens holdning og ønsker i prosessen (Aléx & Hammarström, 2003). Fra studien som omhandlet kvinner og menns erfaringer viste tall at 62% av mennene var svært involvert i prosessen (Makenzius et al., 2012). Kvinner i stabile forhold var mindre fornøyd med behandlingen og det ble reflektert om deltakelsen hans kan ha vært avgjørende ved å gjøre det enklere eller vanskeligere å ta en beslutning (Makenzius, Tydén, Darj, & Larsson, 2012). Det ble avdekket variasjoner med tanke på barn, sivilstand og yrkesaktivitet knyttet opp mot studien av Broen et al. (2006).

4.5 Psykiske reaksjoner forbundet med svangerskapsavbrudd

Det har blitt avklart at kvinner gjerne opplever ambivalens knyttet til svangerskapsavbrudd, altså vil man erfare mange ulike følelser og reaksjoner. I følge Kjelsvik et al. (2018a) har det blitt avdekket fra tidligere forskning at det er få helsemessige utfordringer knyttet til abort, men at den mentale helsen står i fare, særlig for de som allerede har utfordringer knyttet til psyken, samt ved ambivalens. I den andre artikkelen ble pasientenes syn beskrevet hvor kvinnene med vedvarende ambivalens kunne få helseproblemer og dersom den ambivalente følelsen vedvarer vil dette kunne føre til senere problemer. Kvinnene beskrev prosessen som ensom og de klandret seg selv for å ha havnet i situasjonen (Kjelsvik et al., 2018b) I den tredje artikkelen var det en kvinne som reagerte så sterkt på graviditeten at hun fikk tanker om å ende sitt eget liv, rett og slett fordi det følte så overrumplende (Aléx & Hammarström, 2003). Andre kvinner beskrev et ønske om spontanabort for å slippe å ta et såpass vanskelig valg. Følte seg stygg, ond, kald, opplevde mannen som illojal. Altshuler et al. (2017) avdekket individuelle behov og følelser, samt ønsket om å føle seg trygg, hvor stigma førte til isolasjon og selvkritiske tanker. I studien som omhandlet mannlige partnere viste det seg at smerte ble avdekket som reaksjoner knyttet opp mot følelser og at graden av smerte ble endret ut i fra

informasjonsgrad (Makenzius et al., 2012). I artikkelen av Broen et al. (2006) ble det avdekket ulik grad av følelser som depresjon, stress og angst. Kvinner med provosert abort opplevde mer angst og depresjon ved senere registreringer. Tallene vitnet om nedtrykte følelser som kom til overflaten etter lengre tid på grunn av forsinket bearbeiding (Broen et al., 2006).

5 Diskusjon

5.1 Sykepleie til abortsøkende kvinner

Innledningsvis beskrev jeg praksiserfaring hvor jeg fikk inntrykk av tydelige rutiner for den medisinske delen ved provosert abort, men manglende oppfølging og kunnskap om det emosjonelle aspektet ved inngrepet. Dette bekreftes i artikkelen av Kjelsvik et al., (2018a), hvor sykepleierne beskrev nettopp klare rutiner ved prosedyrene, men manglende kompetanse knyttet til de emosjonelle og moralske dilemmaene de møtte i forbindelse med abortsøkende kvinner (Kjelsvik). Som sykepleier på gynekologisk poliklinikk eller -sengepost vil en treffe pasienter med svært ulike behov, hvilket kan føre til at det kjennes utfordrende å møte enkeltindividene (Jerpseth, 2010). Sykepleierne står selv i fare for å bli emosjonelt involvert. Dersom sykepleieren har negative holdninger knyttet til abort, vil dette kunne påvirke møtet med kvinnen. Med en kvinne som opplever økt sårbarhet, vil sykepleierens holdning raskt påvirke henne. Møter man kvinnen med en negativ holdning vil dette kunne skape et dårlig utgangspunkt for relasjonen mellom de to. Dette vil igjen gjerne føre til at kvinnen opplever aborten som vanskeligere enn hun trenger.

Sykepleierne i den ene artikkelen ga uttrykk for at de ønsket faglige diskusjoner og økt kunnskap om hvordan de kan ivareta kvinnene på best mulig måte.

Flere av kvinnene i samme studie beskrev ønsket om at dersom pleieren hadde avvæpnet valget hennes ved å erkjenne at det var moralsk og dermed forståelig. Mange av kvinnene som oppsøker gynekologiske enheter bærer allerede på en skam og sårbarhet som det er viktig at vi som sykepleiere tar på alvor. I tråd med de yrkesetiske retningslinjene skal vi sørge for å

ivareta pasientens integritet og verdighet samt respektere enkeltmenneskets liv (norsk sykepleierforbund, 2019).

De fleste artiklene hadde tydelige beskrivelser av sykepleiers rolle i samhandling med abortsøkende kvinner. I henhold til problemstillingen som omhandler hvordan sykepleier kan ivareta abortsøkende kvinner på norske sykehus, er det viktig å se den individuelle pasienten og yte helhetlig sykepleie.

5.1.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og abortsøkende kvinne

I relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient vil det innledende møtet være preget av stereotypiske forestillinger overfor den andre, fremfor å se det enkelte individet (Travelbee, 2001, s. 180). Det er da viktig at sykepleieren er bevisst på egne stereotypiske oppfatninger i relasjonen til kvinnen. Hvis sykepleieren eksempelvis har stereotypiske tanker om pasientgruppen som unge, uansvarlige og løsslupne, er hun nødt til å legge vekk disse holdningene for å klare og opparbeide en god relasjon. Første steget vil da være å godta at alle mennesker har iboende holdninger og dermed bevisstgjøre seg det. Deretter kan sykepleieren legge holdningene til side og konsentrere seg om kvinnen. Med holdninger slik som i dette eksempelet vil ikke sykepleier kunne bidra til at kvinnen opplever trygghet, respekt og empati i møte med helsevesenet. Men dersom hun klarer å bevisst legge disse til side vil samhandlingen kunne fungere (Travelbee, 2001, s. 186). Man tenker gjerne at sykepleiere med slike holdninger ikke jobber på avdelinger der det utføres provosert abort, men det er ikke nødvendigvis tilfellet.

I studien fra Aléx og Hammarström beskrives pasientenes erfaringer med smertelindring knyttet til aborten. Man opplever gjerne smerter i forbindelse med provosert abort, i form av sterke menstruasjonslignende smerter og andre symptomer som kvalme og uvelhet (Jerpseth, 2010, s. 46). I artikkelen om abort sett fra et feministisk perspektiv trakk forfatterne frem tidligere forskning og henviste til en studie i USA hvor jordmødres holdninger angående gjennomføring av aborter indikerte at kun 12% av jordmødrene ville bidra til å utføre provosert abort (Aléx & Hammarström, 2003). En annen amerikansk studie identifiserte risikofaktorer for negative holdninger blant sykepleiere knyttet til abort: mer enn seks års erfaring med jobb på gynekologisk enhet; religiøs tilhørighet og vanlig religiøs praksis.

Negative holdninger påvirker sykepleierens evne til å være empatisk. Dette vil ikke nødvendigvis være overførbart til norske verdier og holdninger blant jordmødre og sykepleiere, men i realiteten finnes det nok holdninger som kan ligne på disse.

Vi har alle meninger, holdninger og tanker, men som profesjonell yrkesutøver trer vi inn i en rolle hvor lovverket og de yrkesetiske retningslinjene skygger for personlig interesse. Noen av kvinnene i undersøkelsen fra Norge viste at sykepleierne kunne kjenne på egne følelser og reaksjoner knyttet til svangerskapsavbrudd (Kjelsvik et al., 2018a). Dette beskrev de ved et eksempel hvor en kvinne som allerede hadde barn hun ikke klarte å ta skikkelig vare på, valgte å fortsette svangerskapet. Dette førte til bekymring hos sykepleierne, men det er elementært at man følger lovverk og retningslinjer. Som hovedregel har helsepersonell taushetsplikt, og denne går inn under helsepersonelloven kapittel 5. Dog er også sykepleiere bundet til lovverk om opplysningsrett ved mistenkelige forhold. Så dersom sykepleier opplever såpass ugunstige forhold som avdekkes på sykehuset, vil hun være pliktig å melde dette fra til barnevernet. For øvrig, dersom det ikke er indikasjon på slike forhold må sykepleieren gjøre sin plikt ved å ivareta den enkelte kvinnen på best mulig måte. Dersom sykepleieren ikke er i stand til dette, vil det være aktuelt å konferere med kollega og eventuelt videreføre ansvaret for denne pasienten.

Et grunnleggende behov flere av kvinnene ytret, eksempelvis i artikkelen fra USA, var graden av helsepersonellens uttalte respekt for dem (Altshuler et al., 2017). Det kan trekkes paralleller mellom følgende eksempel og sykepleiers rolle ved gynekologisk undersøkelse på sykehus i Norge. En kvinne beskrev en opplevelse med en mannlig lege hvor kvinnen følte seg dømt. Følgende ble beskrevet:

Jeg følte at doktoren dømte personen, karakteren min... han behandlet meg ikke som en person, et individ. Han behandlet meg som 'Kom deg opp på bordet. La oss bli ferdig med dette siden du ikke betyr noe.' Du vet, 'Se på deg... du betaler 500 dollar for å bli kvitt noe som du har laget.' Det var sånn jeg følte det... I det minste kunne han forsikret meg om at han vet at det jeg går gjennom ikke er lett. Jeg tror det var det jeg savnet.

Som kvinnen uttrykker er hvordan vi får pasienten til å føle seg essensielt. Vi må ha økt fokus på at kvinnen ikke skal oppleve slikt.

I artikkelen av Kjelsvik et al. (2018a) beskrev sykepleierne abortsøkende kvinner som svært rolige. Faktisk så rolige at de kunne risikere å bli avglemt i en travel hverdag. Årsaken til at denne pasientgruppen fremstår som beskjeden og mindre krevende, kan ha bakgrunn i deres selvbilde og følelsesliv. I flere av forskningsartiklene beskrev kvinnene ambivalens rundt valget samt følelser som skam, skyldfølelse og tristhet. En tolkning vil derfor være at kvinnene på grunn av deres følelsesliv, ikke følte seg komfortable med å etterspørre informasjon eller hjelp. Noen av kvinnene i artikkelen av Kjelsvik et al. (2018b), beskrev sykepleiere som uengasjerte, hvilket førte til at pasientenes følelse av isolasjon ble forsterket. Det er ikke nødvendigvis denne samhandlingen som gjør at kvinnene isolerer seg, og det er viktig å ha i bakhodet at alle pasienter er individer med sine unike behov (Travelbee, 2001). Med andre ord kan denne observasjonen være helt tilfeldig, men det er flere beskrivelser som indikerer at mangelfull kommunikasjon mellom sykepleier og pasient fører til negative følelser for kvinnen. For at sykepleier skal kunne ivareta kvinnen på best mulig måte, må vi tørre å spørre selv de mest tilbakeholdne pasientene.

I den norske artikkelen beskrev flere kvinner at forventningene de hadde i samtale med sykepleierne ikke ble innfridd. En kvinne beskrev situasjonen sin som at hun likte å finne ut ting på egenhånd, men at i denne situasjonen med profesjonelle rundt seg, så skulle hun ønsket en nøytral person å snakke med. Hun holdt forøvrig alt for seg selv, og da hadde sykepleieren vært en god og nøytral kanal for å kommunisere følelser og reaksjoner med.

Sykepleiers rolle oppfattes av mange som en profesjonell og nøytral rolle. Det kan være naturlig og ikke minst viktig å påpeke taushetsplikten i forbindelse med samtale med en slik pasient. Flere av kvinnene i forskningen uttrykte ønske om mer samtale med sykepleier, samt skam for å ikke fortelle det til andre. Derfor vil underbyggingen av taushetspliktens funksjon være essensiell. Kanskje treffer vi også unge jenter som ikke har erfaring med helsevesenet og derfor er det viktig å kommunisere godt. Taushetsplikten kan fungere som et sikkerhetsnett i kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier, hvilket kan føre til økt åpenhet for pasienten.

5.1.2 Ambivalens og autonomi

Kommunikasjonen er et verktøy som kan brukes i arbeidet med å redusere ambivalens. Ambivalens var særlig uttalt i artiklene av Kjelsvik et al., (2018a og 2018b). Innledningsvis var ambivalente følelser knyttet til nyheten om graviditet. Gjennom studiene ble det avdekket at flere av kvinnene opplevde ambivalens også i lang tid etter aborten var utført (Broen et al., 2006). Ved god kommunikasjon og styrking av autonomi kan ambivalensen erstattes med en trygghet og forsoning av eget valg hos pasienten.

Funnene indikerer at helsepersonell må være mer oppmerksom på disse kvinnenes komplekse erfaringer rundt valgprosessen samt tiden etter aborten, for å kunne støtte og myndiggjøre kvinnene. Sykepleier må legge til rette for at kvinnens selvstendige valg. Det er kvinnen som vet hva som er rett for henne, og da må vi legge til rette for autonomien styrkes. I denne prosessen må sykepleier gi kvinnen all informasjon hun trenger for å ta avgjørelsen. Dette bidrar til bedre ivaretagelse av pasienten.

Jerpseth beskriver at beslutningen om å gjennomføre en provosert abort ofte bærer preg av ambivalens hvor årsakene gjerne er mange og sammensatte (2010). I artikkelen av USA kom det fram at kvinnene kan kjenne på ambivalens også i retrospekt av avgjørelsen om abort.

I denne sammenhengen dreier ambivalensen seg om at pasienten føler seg utsatt for motstridende behovs- og impulsretninger (Røssberg, 2018) hvor særlig følelsene og holdningene spriker i ulike retninger. Ambivalensen er beskrevet i samtlige av de inkluderte forskningsartiklene, dog i ulik grad.

Dette er en påstand som samsvarer med funnene i artikkelen til feminisme, hvor ambivalensen tydelig ble beskrevet. Kvinnene beskrev en rekke ulike følelser knyttet til graviditeten. Pasientene i studien beskrev valget som utfordrende og forfatterne beskrev at kvinnene opplevde å bli påvirket av flere faktorer angående valget. Dette kunne innebære sosiale normer, barndomsminner, partnerens holdning og annet som førte til at kvinnen opplevde ambivalensen ytterligere. Også i artikkelen ambivalens sett fra pasientens perspektiv blir dette med ambivalens grundig beskrevet og trukket frem som en viktig faktor. Forskerne viste til tidligere forskning som indikerte at mellom 10-18 % av kvinnene som oppsøkte en

abortklinikken ikke hadde bestemt seg, og når de inntreffer klinikken iverksettes prosessen raskt. Dette samsvarer med mine erfaringer fra praksis med kvinner som beskrev en ikke planlagt graviditet, og var usikker på valget om abort.

5.1.3 Pårørendes rolle og andre ytre faktorer

Tilsynelatende anser vi som sykepleiere de pårørende som en ressurs der deres rolle er å bidra med trygghet og støtte. Sykepleiere kan oppfordre pårørende til å ivareta pasientene på bedre måte, noe som øker ivaretagelsen av pasienten.

I forbindelse med pårørendes rolle, ble jeg overrasket over resultatene som ble innhentet fra de ulike artiklene. Det ble i flere av artiklene avdekket at kvinnene opplevde generelt lite støtte fra sine partnere og at parforholdene i stor grad ble påvirket av svangerskapet. I en situasjon hvor mannen setter press på kvinnen om å gjennomføre abort, vil det være desto viktigere at sykepleieren forsøker å identifisere kvinnens egne behov. Her kan et tiltak fra sykepleiere være åpen dialog, veiledning og familieplanlegging. Ved så tilfelle kan også mannen få mulighet for å få besvart sine eventuelle spørsmål. Jeg må innrømme at jeg ikke har tenkt særlig over mannens behov i et svangerskapsavbrudd, men det kan se ut til at vi bør fokusere mer på dette aspektet. Særlig fordi forskningsresultatene viste at kvinner som var i faste forhold hadde en tendens til å være mindre fornøyd. Det ble for øvrig diskutert i artikkelen om hvorvidt dette var fordi kvinnen ubevisst adopterte partnerens negative tanker om aborttaking. Av denne grunn belyser artikkelen den pårørendes påvirkningskraft. Dette kan sette kvinnen i en pressende situasjon. I studien til Alèx og Hammarstöm fra 2003 var det kun én kvinne som opplevde støtte fra sin partner under abortprosessen. I mine øyne er dette overraskende tall. Med hensyn til sykepleierjobben anser jeg sykepleierens tilstedeværelse hos pasienten desto viktigere da studien belyser et stort flertall partnere som ikke støtter kvinnen i valg om abort. Sykepleieren kan gjennom dialog ivareta kvinnen og skape støttende nærhet, noe som reduserer graden av stress. Videre kom det frem at kvinnene med manglende støtte opplevde større reaksjoner som konsekvens av aborten. Blant annet skåret de høyest på symptomer på depresjon.

Mange kvinner i abortprosessen henvender seg til nettbaserte helseforum for å søke informasjon og dermed skape trygghet over sin livssituasjon. Det er imidlertid flere som melder inn feilinformasjon eller mangler ved det som er tilgjengelig for dem, noe som kan

skape forvirring og uro. Dette er følelser som i samarbeid med sykepleier kan erstattes med forståelse og trygghet knyttet situasjonen. Sykepleierne kan gi svar på spørsmål de måtte ha i tillegg til å forklare ringvirkningene av valget pasienten har tatt. Dette er arbeid som sprer og tilgjengeliggjør kunnskap samtidig som det kan forebygge repeterende tilfeller av abort. På denne måten kan den eventuelle skammen til pasienten erstattes med en dypere erkjennelse og trygghet i valget.

5.1.4 Psykiske reaksjoner forbundet med svangerskapsavbrudd

Ingen av kvinnene i artiklene brukte begrepet krise, men det var flere som skildret reaksjoner som kan vitne om dette. En kvinne beskrev at hun fikk tanker om å ende sitt eget liv da hun fikk påvist graviditeten. Som sykepleier kan en se etter symptomer som tilsier psykiske utfordringer hos den aborterende kvinnen. Her kan det oppfordres til dialog ved å søke kontakt og å stille spørsmål direkte.

6 Konklusjon

Problemstillingen for oppgaven var: *Hvordan kan sykepleier ivareta abortsøkende kvinner på norske sykehus på best mulig måte?*

I etterkant av denne skriveprosessen har jeg merket meg en mangel på forskning innen dette temaet, altså kvinners trygghet hos sykepleiere under svangerskapsavbrudd. Det er ingen artikler som treffer midt i blinken med hensyn til problemstillingen, derimot er det flere artikler som skaper et rammeverk rundt tematikken.

Abortsøkende kvinner er ofte preget av ambivalente følelser ved ankomst på sykehuset i forbindelse med svangerskapsavbrudd. Det er tydelig at kvinnene ønsker mer støtte av sykepleieren og det første møtet mellom de to partene vil ofte ha stor betydning. For at sykepleieren skal kunne ivareta den abortsøkende kvinnen på best mulig måte, må hun være klar over egne holdninger. Dersom disse er motstridende til kvinnens valg, må disse legges til side for å øke graden av profesjonalitet i rollen som sykepleier. I tillegg kan sykepleierens motstridende innvendinger prege pasienten i negativ grad. Derfor er det viktig å møte

pasienten med respekt og omsorg, hvilket bygger et grunnlag for tillit. På den måten kan abortprosessen oppleves trygg for pasienten, noe som kan redusere eventuelle senvirkninger. Selv om kvinnen oppfattes som stille og tilbakeholden, er det viktig at sykepleier innehar kunnskap om typiske reaksjoner. Ved en slik kunnskap vil hun forstå at kvinnen gjerne ønsker at sykepleieren tilbyr hjelp. Sykepleierne som ikke tør å spørre, kan bli oppfattet som kalde og overlegne, noe som kan føre til økt isolasjonsfølelse hos kvinnen. Videre vil det være nyttig å vite hvordan kvinnen typisk reagerer og styrke hennes autonomi, ved eksempelvis å gi bekreftelser på at avgjørelsen er akseptert. Kvinnen trenger tidvis også veiledning, og det er ikke alltid partneren og andre nære relasjoner kan yte den beste hjelpen. Her vil det også være viktig at sykepleieren innehar kunnskap som kan bidra til å minke presset for kvinnen. Økt fokus på kunnskap vil føre til bedre behandling av kvinnene. For mennene kan familieplanlegging og dialog med sykepleierne være lurt for å avdekke deres tanker og bekymringer rundt aborten. På den måten kan både mennene og sykepleierne ivareta kvinnen.

Videre er tilgang på informasjon for pasienten samt reproduktive konsekvenser et tiltak for å trygge kvinnen. Sykepleier vil ved slik oppfølging skape trygge rammer der kvinnen føler seg sett, ivaretatt og trygg i abortprosessen. Informasjon som er av relevant betydning for pasienten er hvordan prosessen foregår, smerte, eventuelle komplikasjoner og ulike psykiske reaksjoner som kan oppstå særlig i etterkant av aborten.

7 Referanseliste

- Aléx, L., & Hammarström, A. (2003, Oktober 21). Women's experiences in connection with induced abortion - A feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, ss. 160-8.
- Altshuler, A. L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P. D., & Freedman, L. R. (2017, September 7). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Social Science & Medicine* 191, ss. 109-116.
- Amathea. (2019). *Om Amathea*. Hentet fra Amathea: <https://www.amathea.no/om-amathea>
- Bahus, M. K. (2019, Januar 15). *abortloven*. Hentet Mars 12, 2019 fra Store Norske Leksikon: <https://snl.no/abortloven>
- Bjørnfeldt, K. S. (2018, November 22). *Abortlovens historie: Slik er vi gått fra halshogging til fri abort*. Hentet Mars 21, 2019 fra forskning.no: <https://forskning.no/helse-politikk-svangerskap/abortlovens-historie-slik-er-vi-gatt-fra-halshogging-til-fri-abort/1262250>
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ø. (2006, November 29). Kvinneres psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. *Sykepleien Forskning* 2006 1, ss. 24-31.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dolonen, K. (2018, Januar 23). *Abortens historie: Fra straffbar handling til kvinners valg*. Hentet Mars 21, 2019 fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2015/06/fra-straffbar-handling-til-kvinner-valg>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Felleskatalogen. (u.d.). *Mifegyne 200 mg tabletter*. Hentet fra Felleskatalogen: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-mifegyne-exelgyn-561524>
- Heiberg-Andersen, R., Hornæs, M. T., Løkeland-Stai, M., Akerkar, R. R., Seliussen, I., & Pedersen, Y. (2018). *Rapport om svangerskapsavbrot for 2017*. Hentet Mars 22, 2019 fra Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/publ/2018/rapport-om-svangerskapsavbrot-for-2017/>

- Helse Bergen. (2019, Januar 27). *Abort - planlagt abort*. Hentet Februar 7, 2019 fra Helse Bergen - Haukeland Universitetssjukehus: <https://helse-bergen.no/behandlinger/abort-planlagt-abortion#medikamentell-abortion-pa-sjukehuset>
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 7). *Kildevalg*. Hentet Februar 23, 2019 fra [helsebiblioteket.no](https://www.helsebiblioteket.no): <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 3). *Sjekklistor*. Hentet Februar 22, 2019 fra [Helsebiblioteket.no](https://www.helsebiblioteket.no): <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2019). *Alle databaser*. Hentet Februar 20, 2019 fra [helsebiblioteket.no](https://www.helsebiblioteket.no): <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>
- Helsedirektoratet. (2017, Mai 30). *Abortmetoder*. Hentet Januar 11, 2019 fra helsenorge.no: <https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder>
- Helsedirektoratet. (2017, Mai 30). *Til deg som vurderer abort*. Hentet Mars 20, 2019 fra helsenorge.no: <https://helsenorge.no/sex-og-samliv/abort>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. Grov, & I. Holter, *Sykepleieboken. 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 999). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hummelvoll, J. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 2* (4. utgave. utg., s. 536). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjelsvik, M., Moi, A., Aasen, E. M., Tveit Sekse, R. J., Chesla, C. A., & Gjengedal, E. (2018, Mai 18). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health Care For Women International* 39, ss. 1-32.
- Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R., Moi, A., Aasen, E., & Gjengedal, E. (2018, Juli 3). Walking on a tightrope - Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing* 27, ss. 21-22.
- Løkeland-Stai, M., & Bakke, K. (2019, Mars 8). *Fakta om abort*. Hentet April 10, 2019 fra Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Legemiddelaktuelt. (2018, Februar 19). «MeSH på norsk» i *Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk*. Hentet Februar 22, 2019 fra

- helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>
- Leger Uten Grenser. (2015). *Utrygg abort dreper seks kvinner i timen (Glemte kriser 2015)*. Hentet Mars 22, 2019 fra Leger Uten Grenser: <https://legerutengrenser.no/nyheter/utrygg-abort-dreper-seks-kvinner-i-timen>
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012, Juli 11). Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 17, ss. 260-9.
- Meland, S. (2019, Februar 20). *Abort: Noen våger ikke engang snakke med sin egen mor*. Hentet fra forskning.no: <https://forskning.no/ntnu-partner-svangerskap/abort-noen-vager-ikke-engang-snakke-med-sin-egen-mor/1293607>
- Metodebok for seksuell helse. (2019). *Svangerskapsavbrudd innen 12 uker*. Hentet fra eMetodebok: <https://www.emetodebok.no/kapittel/menstruasjon-svangerskap-og-svangerskapsavbrudd/svangerskapsavbrudd/svangerskapsavbrudd-innen-12-uker/>
- Nesheim, B.-I. (2019, Mars 7). *abort*. Hentet Mars 21, 2019 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/abort>
- Nilsson, B. (2007, Mars 17). *Gadamers hermeneutikk*. Hentet April 13, 2019 fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/gadamers-hermeneutikk>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *International Council of Nurses (ICN)*. Hentet fra Norsk sykepleierforbund: [https://www.nsf.no/international-council-of-nurses-\(icn\)/artikkelliste/1684925](https://www.nsf.no/international-council-of-nurses-(icn)/artikkelliste/1684925)
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Norsk sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Rahel. (2010). Forført. I O. Gjerpe, *Hvorfor gråter du, Camilla? Kvinner etter abort* (s. 103). Oslo: Lunde Forlag.
- ResearchGate. (2019). *About*. Hentet April 12, 2019 fra ResearchGate: <https://www.researchgate.net/about>
- Søk & Skriv. (2019, Januar 24). *APA 6th*. Hentet Februar 21, 2019 fra Søk & Skriv: <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/#Love>
- Sex og samfunn. (2015, November 18). *Abort*. Hentet Januar 11, 2019 fra Sex og samfunn: <https://sexogsamfunn.no/abort/#>

Svartdal, F. (2018, Juni 13). *psykososial*. Hentet Mars 21, 2019 fra Store norske leksikon:

<https://snl.no/psykososial>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. Thorbjørnsen, Overs.) Oslo: Gyldendal akademisk.

8 Vedlegg

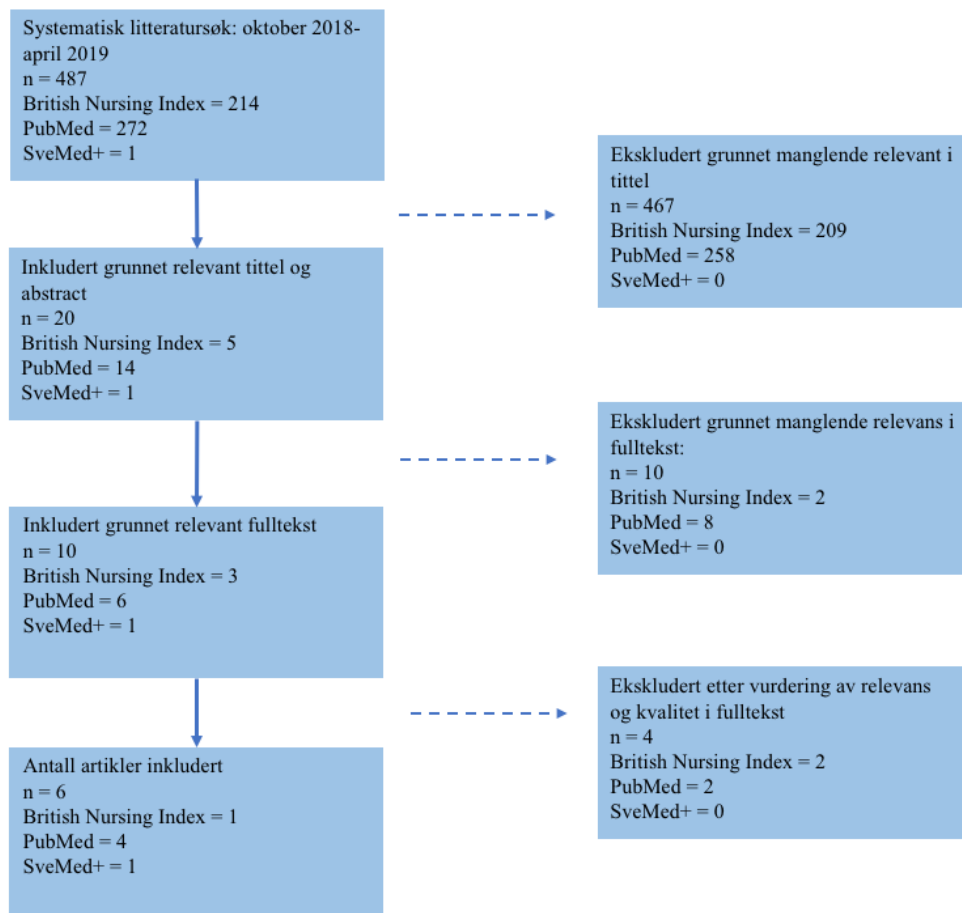
8.1 Vedlegg 1: PICO-tabell

P: Gravide kvinner som innen svangerskapsuke 12 skal utføre medisinsk abort på sykehuset.	I: Sykepleierens utføring av prosedyrer knyttet til medisinsk provosert abort, inntil 12 uker.	C:	O: Pasientene føler seg ivaretatt og trygge, som følge av sykepleierens arbeid.
Søkeord: <ul style="list-style-type: none">• Women• Patient	Søkeord: <ul style="list-style-type: none">• Induced abortion• Medical abortion• Abortion• Nursing• Care		Søkeord: <ul style="list-style-type: none">• Experience• Relation

8.2 Vedlegg 2: Søkematrise

Database	Dato	Søkeord	Kriterier	Antall treff	Antall abstract lest	Antall leste artikler	Inkluderte artikler
British Nursing Index	11/1-19	Abortion AND nursing	0	2990	0	0	0
British Nursing Index	11/1-19	Induced abortion AND nursing	Peer reviewed, 2000-2019, engelsk-språklig	301	0	0	0
British Nursing Index	11/1-19	(induced abortion) AND nursing AND experience	Peer reviewed, 2000-2019, engelsk-språklig	214	5	3	1
PubMed	11/1-19	induced abortion AND nursing AND norway	2000-2019	15	6	3	2
PubMed	11/1-19	induced abortion AND qualitative research AND care	2000-2019	239	5	2	1
SveMed+	20/1-19	Provosert abort	Fagfelle-vurdert	278	2	0	0
SveMed+	20/1-19	Provosert abort AND reaksjoner	Fagfelle-vurdert	1	1	1	1
PubMed	20/1-19	medical abortion AND reaction AND nursing AND care	2000-2019, species: humans	3	1	2	0
PubMed	20/1-19	abortion seeking AND care AND attention	2000-2019, species: humans	18	3	1	1

8.3 Vedlegg 3: Flytskjema



8.4 Vedlegg 4: Litteratormatrise


Referanse (tittel, år, forfattere, land og DOI)	Hensikt	Metode og utvalg	Resultat	Relevans for oppgaven
<p><u>Artikkel 1.</u> <i>Walking on a tightrope - caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester.</i> <u>Publiseringsår:</u> 2018. <u>Forfattere:</u> Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen og Eva Gjengedal <u>Land:</u> Norge <u>DOI:</u> 10.1111/jocn.14612</p>	<p>Innhente informasjon om erfaringer fra helsepersonell som jobber med gravide kvinner som er ambivalente til hvorvidt de ønsker å utføre en provosert abort. Målet med artikkelen var å øke forståelse og kompetanse hos helsepersonell som arbeider med disse pasientene.</p>	<p><u>Metode:</u> Kvalitativt design med en fenomenologisk hermeneutisk analyse. Fokusgrupper bestående av helsepersonell fra fire gynekologiske avdelinger i Norge. <u>Utvalg:</u> 19 sykepleiere og 1 lege. Kvinner mellom 24-60 år som hadde jobbet på gynekologisk enhet i alt fra 3 mnd til 33 år.</p>	<p>Helsepersonellet uttrykte ansvarsfølelse for kvinnenes helse og velvære. Sykepleierne måtte være oppmerksomme og potensielt avdekke kvinnens usikkerhet rundt svangerskaps-avbruddet. Helsepersonell vil kunne oppleve å bli konfrontert med egen sårbarhet og verdier, men det er essensielt at pasienten ikke påvirkes av dette.</p>	<p>IMRaD-struktur. Valid for problemstillingen i oppgaven. Nyere forskning som er dagsaktuell. Sykepleiere sine erfaringer. Norsk artikkel som stemmer overens med inklusjonskriteriene. Etisk godkjent.</p>
<p><u>Artikkel 2.</u> <i>Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester.</i> <u>Publiseringsår:</u> 2018. <u>Forfattere:</u> Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen, Catherine A.</p>	<p>Avdekke norske kvinners erfaringer med ambivalens knyttet til svangerskaps-avbrudd i første trimester. Målet var å bruke kvinnenes erfaringer til økt forståelse av hvordan det er å ta autonome avgjørelser innen en kort</p>	<p><u>Metode:</u> Kvalitativt design med en fenomenologisk hermeneutisk analyse. Intervjuer med de utvalgte kvinnene før og etter avgjørelsen om svangerskaps-avbrudd ble tatt. <u>Utvalg:</u> Gravide kvinner over 18</p>	<p>Helsepersonell må være oppmerksom på ensomheten kvinnene i undersøkelsen oppgir og må involvere seg samt bruke tid sammen med den ambivalente kvinnen for å kunne bidra til å avdekke hennes behov og ønsker.</p>	<p>IMRaD-struktur. Valid for problemstillingen. Nyere forskning som er dagsaktuell. Omhandler kvinner som vurderer abort og helsepersonell sitt ansvar i samhandling med pasientene. Norsk artikkel som samsvarer med inklusjon- og</p>

<p>Chesla og Eva Gjengedal. <u>Land:</u> Norge <u>DOI:</u> 10.1080/07399332.2018.1465945</p>	<p>tidsfrist.</p>	<p>år som var i første trimester av svangerskapet som var usikker på abort. 13 kvinner mellom 18-36 år som måtte mestre norsk språk.</p>		<p>eksklusjonskriteriene.</p>
<p><u>Artikkel 3.</u> <i>Women's experiences in connection with induced abortion - a feminist perspective.</i> <u>Publiseringsår:</u> 2004. <u>Forfattere:</u> Lena Aléx og Anne Hammarström. <u>Land:</u> Sverige <u>DOI:</u> 10.1111/j.1471-6712.2004.00257</p>	<p>Undersøke kvinners erfaringer med provosert abort, sett ut i fra et feministisk perspektiv.</p>	<p><u>Metode:</u> Kvalitativ studie. “Mixed-method”, altså brukt både spørreskjemaer og åpne intervju. Intervjuene ble analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse, tatt opp på bånd og transkribert. <u>Utvalg:</u> Fem kvinner ble intervjuet ca. 1 måned etter svangerskapsavbruddet.</p>	<p>Kvinnene opplevde ambivalens rundt valget. Omhandler følelser angående valget og at det ble påvirket av ytre faktorer som økonomi, andres behov etc. Lite støtte fra partnere. Ambivalens etter endt abort. Funnene indikerer at helsepersonell må være bevisst pasientgruppens komplekse erfaringer med abort. Dårlig støtte fra helsepersonell vil kunne føre til forsterket følelse av skam, usikkerhet og tristhet.</p>	<p>IMRaD-struktur. Valid for problemstillingen. Noe eldre artikkel, men går inn under inklusjon- og eksklusjonskriteriene. Etisk godkjent.</p>
<p><u>Artikkel 4.</u> <i>A good abortion experience: A qualitative exploration of</i></p>	<p>Identifisering av kvinners behov og erfaringer ved abort, sammenlignet</p>	<p><u>Metode:</u> Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer med</p>	<p>Oppsummert var det tre elementer ved abort som kvinnene ønsket: å bli anerkjent</p>	<p>IMRaD-struktur. Valid for problemstilling. Nyere forskning. Stemmer overens</p>

<p><i>women's needs and preferences in clinical care.</i> <u>Publiseringsår:</u> 2017. <u>Forfattere:</u> Anna L. Altshuler, Alison Ojanen-Goldsmith, Paul D. Blumenthal og Lori Freedman. <u>Land:</u> USA. <u>DOI:</u> 10.1016/j.soscimed.2017.09.010</p>	<p>med de samme aspektene knyttet til fødsel og gjennomføring av svangerskapet. Erfaringene er knyttet opp mot klinisk praksis og samhandling med helsepersonell.</p>	<p>noen åpne spørsmål for å innhente narrative opplysninger. Tatt opp på bånd og transkribert. <u>Utvalg:</u> 20 kvinner som hadde gjennomgått både abort og fødsel. Kvinner mellom 19-49 år. Kvinnene fikk gavekort på 40 dollar for å delta.</p>	<p>som beslutningstaker, å kunne bestemme graden av tilstedeværelse under selve aborten samt å ha omsorg/pleie gitt fra helsepersonell på en diskret måte for å ikke bli dømt av andre. Kvinner har individuelle behov og preferanser og tilpasset behandling og omsorg vil bidra til en bedre opplevelse.</p>	<p>med kriteriene som ble satt.</p>
<p><u>Artikkel 5.</u> <i>Women and men's satisfaction with care related to induced abortion.</i> <u>Publiseringsår:</u> 2012. <u>Forfattere:</u> Marlene Makenzuis, Tanja Tydén, Elisabeth Darj og Margareta Larsson. <u>Land:</u> Sverige. <u>DOI:</u> 10.3109/13625187.2012.688149</p>	<p>Undersøke tilfredsheten abortsøkende kvinner og deres mannlige partnere opplever i forbindelse med svangerskapsavbrudd på sykehus. Hensikten var også å identifisere faktorer som fører til høy tilfredshet rundt omsorgen fra helsepersonell.</p>	<p><u>Metode:</u> En kvantitativ studie hvor det ble brukt spørreskjema samt delvis åpne spørsmål for å gi deltakerne mulighet til å kommentere fritt. Anonymitet ble garantert. <u>Utvalg:</u> 798 svenske abortsøkende kvinner og 590 mannlige partnere, et spørreskjema til hver av de. Kvinnene var knyttet til 13 ulike klinikker.</p>	<p>De fleste kvinnene (74%) og halvparten av mennene (52%) var fornøyde med oppmerksomheten de hadde fått, en fjerdedel av kvinnene og halvparten av mennene ikke var tilfreds. Det er rom for forbedring og begge parter trakk frem det menneskelige aspektet ved behandlingen, altså oppmerksomheten fra helsepersonellet</p>	<p>IMRaD-struktur. Valid for problemstilling. Relativt ny forskning. Nordisk undersøkelse. Stemmer overens med kriteriene. Involverer mange flere og en oversiktlig presentasjon av resultatene.</p>

			var noe av det viktigste knyttet til tilfredshet.	
<p><u>Artikkel 6:</u> <i>Kvinnens psykiske reaksjoner på spontant og provosert abort.</i> <u>Publiseringsår:</u> 2006. <u>Forfattere:</u> Anne Nordal Broen, Torbjørn Moum, Anne Sejersted Bødtker og Øivind Ekeberg. <u>Land:</u> Norge <u>DOI:</u> 10.4220/sykepleien f.2006.0001</p>	<p>Undersøke kvinners psykiske reaksjoner på abort.</p>	<p><u>Metode:</u> Kvantitativ metode. Todelt psykologisk traumetest; en test til gradering av angst og depresjon, og et annet skjema for følelser knyttet til aborten. De ble intervjuet ved flere intervaller: etter ti dager, seks måneder, to år og fem år.</p> <p><u>Utvalg:</u> 40 kvinner med spontanabort og 80 kvinner med provosert abort. Mellom 18-45 år ved sykehuset i Buskerud. Totalt fullførte 109 av kvinnene hvorav 39/40 som spontanaborterte og 70/80 med provosert abort.</p>	<p>Kvinnene med spontanabort reagerte kraftig etter kort tid, men etter ca. et halvt år var den psykiske tilstanden tilnærmet normalisert. Kvinner med provosert abort reagerte ikke så sterkt initialt, men hadde mer langvarige plager. Undersøkelsen trekker også frem viktigheten av økt innsats i helsevesenet for disse pasientene.</p>	<p>IMRaD-struktur. Valid for problemstilling. Norsk studie. Involverer mange flere enn de kvalitative studiene og presenteres tallene oversiktlig. Tar også for seg senvirkninger. Etisk godkjent. Innenfor tidsrammen, og stemmer overens med kriteriene.</p>

8.5 Vedlegg 5: Skjema om begjæring om svangerskapsavbrudd

 Helsedirektoratet		Til avdeling / nemnd
Begjæring om svangerskapsavbrudd		
<small>Lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd med endring i lov av 16. juni 1978 nr. 66.</small>		
Navn		Født
Adresse		
		Telefon
<p>Jeg begjærer å få utført svangerskapsavbrudd. Jeg er orientert om inngrepets art og medisinske virkninger, og har blitt spurt om jeg ønsker informasjon og veiledning om hvilken bistand samfunnet kan gi meg dersom mitt svangerskap fører til alvorlige vansker (jf. abortloven §§ 2 og 5).</p>		
Sted, dato		Underskrift
<p>Følgende utfylles bare dersom forhold som omtalt i abortloven § 4 foreligger: UNDERTEGNEDE SOM ER VERGE FOR ovennevnte søker, er kjent med den foreliggende begjæringen om svangerskapsavbrudd og har mottatt informasjon om inngrepets art og medisinske virkning (jf. abortloven § 5).</p>		
Sted, dato		Underskrift
Adresse		
		Telefon
<p>Kopi til kvinnen/eventuelt vergen hvis ønsket</p>		

8.6 Vedlegg 6: Prosedyre for medisinsk abort, Haukeland

Universitetssykehus

HELSE BERGEN	Medisinsk abort 9-12	
	Kategori: Pasientbehandling somatisk	Gyldig fra: 31.08.2017
	Organisatorisk plassering: Urologi Helse Bergen HF - Kvinneklinikk - Gynekologisk seksjon	Versjon: 3.03
	ansvarlig: Linda Grung Linda Grung	ansvarlig: May Småbye Flo May Småbye Flo

Medisinsk abort 9-12	Version: 3.03
----------------------	---------------

- Minn pasienten å ta urin-~~HCG~~ hjemme 4 uker etter aborten (Må selv kjøpe graviditetstest).
- Pasienten skal fortrinnsvis bruke egenmeldingsdager ved abort
- Bekreftelse på fravær utleveres av sykepleier på dagvakt ved behov.

FØR INNLEGGELSE:

- Pasienten får ~~Mifepriston~~ Mifepriston tablett på gynekologisk poliklinikk/ Seksjon for generell gynekologi. Møter på sengepost 36/72 timer etter at ~~Mifepriston~~ Mifepriston tablett er tatt.
- Kvinnen setter selv Cytotec 800 mikrogram (~~Misoprostol~~ Misoprostol) i vagina/ eventuelt sublingvalt kl. 07.30 hjemme

UNDER OPPHOLDET:

- Gjennomgå prosedyre for **Medisinsk abort uke 9-12**
- Gi pasienten egnet rom, vis toalett og bekken
- Be kvinnen bruke bekken ved hvert toalettbesøk
- Pasienten kan spise og drikke under prosedyren
- Alle medikamenter som gis skal dokumenteres i ~~medisinsk~~ ~~medisinsk~~
- Dokumenter i **NATUS: Natus - ferdigstilte aborter**
- ~~klamydiasvar / blodtyalogg / anti - D /prevensjon~~ klamydiasvar / blodtyalogg / anti - D /prevensjon
- Det anbefales ikke å vise kvinnen graviditetsproduktene
- Sjekk ~~graviditetsproduktene~~ graviditetsproduktene.
- Placentautvikling mest synlig > uke 11, pasienten skal derfor kvittere **placenta** før utreise
- Placentautvikling minst synlig ≤ uke 11, og pasienten trenger derfor ikke være i avdelingen etter **kvittert foster**
- Observer blødning
- Ved kraftig blødning / koagelblødning skal vakthavende lege kontaktes
- Sjekk ~~rhesus~~ Rhesus. Husk å gi anti- D injeksjon hvis pasienten er **Rh negativ**. Kan gis når kvinnen får Cytotec.
- Graviditetsproduktene legges direkte i preparat boks som finnes på skyllerom med navnelapp og legges deretter i egnet kartong på **operasjonsavdelingen**, i henhold til rutiner for avfallshåndtering på HUS: [Avfallshåndtering](#).

UTREISE:

- Gjennomgå skriv sammen med pasienten (~~pasienten~~ pasienten skal ha fått: skriv i gynekologisk poliklinikk) om forventet forløp etter aborten, spesielle forhåndsregler og evt. komplikasjoner

Ref. nr.: 02.12.2.6.3.3-21

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato

Side 1 av 2

Side 2 av 2

Ref. nr.: 02.12.2.6.3.3-21