



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Benny Huser		

Deltaker

Kandidatnr.: 620

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Et belastende valg – sykepleie til kvinner som utfører medikamentell abort.
Antall ord *: 8999
Egenerklæring *: Ja

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

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

Et belastende valg – sykepleie til kvinner som utfører medikamentell abort.

An onerous choice – nursing for women who perform medical abortion.

Kandidatnummer: 620

Bachelor i sykepleie

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

Veileder: Benny Huser

Innleveringsdato: 22.04.2020

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, § 12-1.

**ET BELASTENDE VALG –
SYKEPLEIE TIL KVINNER SOM UTFØRER
MEDIKAMENTELL ABORT**

Bacheloroppgave i sjukepleie
Høgskulen på Vestlandet, Stord
Kull 2017

Innleveringsdato: 22.04.2020

Antall sider: 34

Antall ord: 8999

Sammendrag

Tittel: Et belastende valg – sykepleie til kvinner som utfører medikamentell abort.

Bakgrunn for valg av tema: I praksis på gynekologisk avdeling erfarte jeg viktigheten av å ivareta kvinnenes helhetlige behov gjennom hele abortprosessen. Sykepleier må ha kunnskap om kvinnenes behov og ønsker for å kunne tilby tilstrekkelig helsehjelp i abortprosessen.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier utøve sykepleie med fokus på kommunikasjon og relasjon ved ivaretagelse av kvinner som gjennomfører provosert medikamentell abort på sykehus?*

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier på best mulig måte kan ivareta kvinner som gjennomfører provosert medikamentell abort på sykehus. Ivaretagelse belyses med fokus på hvordan sykepleier kan anvende kommunikasjon og relasjon ved utøvelse av sykepleie.

Metode: Oppgaven løses ut fra litteraturstudie som metode, og baseres på relevant forskning, fag- og pensumlitteratur.

Resultat/funn: Hovedresultatene viser at ambivalens, usikkerhet og frykt preger abortprosessen. Kvinnene finner avgjørelsen belastende, med behov for informasjon om hvilke reaksjoner og utfordringer abortprosessen kan medbringe. Helsepersonell beskriver det krevende å møte etiske- og moralske utfordringer, samt å involvere seg i valget til kvinnen, uten å påvirke.

Konklusjon: Kvinnene har behov for at sykepleier involverer seg og er tilstede i abortprosessen. Sykepleier må gi konkret informasjon omhandlende fysiske, psykiske, emosjonelle og eksistensielle utfordringer som kan forekomme gjennom abortprosessen. En ikke-dømmende holdning og tilstedeværelse vil bidra til at relasjonen blir ekte og nær, samt at kvinnen opplever ivaretagelse i form av medfølelse, forståelse, støtte og respekt gjennom abortprosessen.

Nøkkelord: Medisinsk abort, sykepleie, ivaretagelse, kommunikasjon, relasjon

Abstract

Title: An onerous choice – nursing for women who perform medical abortion.

Background for the choice of topic: When practice at the gynecological ward, I realized the importance of meeting women's overall needs throughout the abortion process. Nurses must have knowledge of women's needs and desires in order to provide adequate health care in the abortion process.

Problem: *How can a nurse practice nursing with a focus on communication and relationship when caring for women who undergo a medical induced abortion in the hospital?*

Purpose: The purpose of the assignment is to elucidate how nurses best can care for women who perform a medical abortion in the hospital. Safeguarding is highlighted with a focus on how nurses can use communication and relationship when caring for the women.

Method: The thesis is based on literature study as a method and is based on relevant research, academic and curriculum literature.

Results/findings: The main results show that ambivalence, uncertainty and fear characterize the abortion process. The women find the decision onerous, with the need for information about which reactions and challenges the abortion process can bring. Health professionals describe it difficult to meet ethical and moral challenges, as well as being involved in the woman's choice, without affecting it.

Conclusion: Women need the nurse to be involved and present in the abortion process. The nurse must provide specific information regarding physical, psychological, emotional and existential challenges that may occur through the abortion process. A non-judgmental attitude and presence will help make the relationship real and close, as well as the woman experiencing care in the form of compassion, understanding, support and respect through the abortion process.

Keywords: Medical abortion, nursing, care, communication, relationship

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt og sykepleiefaglig relevans	1
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensning	2
1.5 Begrepsavklaring	2
2. Teori	4
2.1 Hva er abort?	4
2.1.1 Abortloven	4
2.1.2 Medikamentell abort	5
2.2 Sykepleiers rolle i abortprosessen	5
2.3 Joyce Travelbee	7
2.4 Kommunikasjon i relasjon	8
3. Metode	10
3.1 Litteraturstudie som metode	10
3.2 Framgangsmåte	11
3.2.1 Søk i databaser	11
3.2.2 Søketablell	12
3.3 Metodekritikk	14
3.3.1 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur	14
3.3.2 Etikk i oppgaveskriving	15
3.3.3 Kritisk vurdering av egen oppgave	15
4. Resultat	16
4.1 Sammendrag av artikler	16
4.2 Samlet analyse av resultatene	20
5. Drøfting	21
5.1 Å bli involvert i kvinnens usikkerhet	21
5.2 Bekymring og frykt preger interaksjonen med helsepersonell	23
5.3 Verdier i bevegelse	25
5.4 Manglede informasjon om fysiske, emosjonelle og eksistensielle aspekter	26
6. Konklusjon	28
7. Referanseliste	29
8. Vedlegg	32
VEDLEGG 1 – Pico skjema	32
VEDLEGG 2 – Litteraturmatrise	33

1. Innledning

Innledningsvis introduseres oppgavens tema, bakgrunn for valg av tema og oppgavens problemstilling. Hensikt, sykepleiefaglige relevans, avgrensning og avklaring av begrep blir belyst i dette kapittelet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet i oppgaven er sykepleie til kvinner som gjennomfører provosert medikamentell abort. Erfaring fra gynekologisk avdelingen gav innsikt i de ulike utfordringene kvinner som gjennomfører provosert medikamentell abort opplever gjennom prosessen. Min interesse for kvinnehelse, derav ivaretagelse av abortsøkende kvinner økte med erfaring, hvor viktigheten av å ivareta kvinnenes helhetlige behov gjennom hele abortprosessen var framtrædende. Provosert abort er et følsomt tema som kan skape både etiske og moralske utfordringer blant kvinnene, men også blant helsepersonell som er deltagende i abortprosessen.

Abort er et komplekst politisk og kulturelt spørsmål som omhandler både moral, etikk og samfunn. Kvinners lovfestede rett til å avslutte svangerskapet har gjennom en årrekke skapt stort engasjement. Abortdebatten har i hovedsak omhandlet lovmessige sider ved kunstig fremkalt svangerskapsavbrudd. Temaet blei igjen høyaktuelt i 2018 da politiske parti ønsket strengere krav for gjennomføring av selvbestemt abort i Norge. Kvinnehelse, derav kvinners rett til selvbestemt abort har skapt protester der både for og mot argumenter til dagens abortlov står sterkt representert (Lønnå, 2019).

Rapport om svangerskapsavbrudd viser at det i 2019 blei gjennomført 11727 svangerskapsavbrudd i Norge (folkehelseinstituttet, 2020). Tallet gjennomførte aborter i Norge er synkende, og det har siden abortlovens ikrafttredelse blitt iverksatt en rekke samfunnsmessige og politiske tiltak for å forebygge uønskede svangerskap (Jattestad, 2019, s.268). Valget om å gjennomføre en provosert abort kan oppleves som belastende og er ofte sammensatt.

1.2 Hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan man i rollen som sykepleier kan ivareta kvinner som gjennomfører provosert medikamentell abort på sykehus. Fokuset vil være på hvordan sykepleier kan anvende kommunikasjon og relasjon ved ivaretagelsen av kvinnene. Jeg vil

undersøke hva som er viktig for at kvinnene som gjennomfører medikamentell abort skal føle at behovene blir helhetlig ivaretatt av sykepleier.

Sykepleiers oppgaver ved abort varierer med omstendighetene og årsaken rundt inngrepet. Å ha kunnskap om ivaretagelse av kvinner som gjennomfører provosert abort er høyst sykepleiefaglig relevant. Kvinner som gjennomfører abort er i en sårbar situasjon, og det vil som sykepleier vært svært viktig å ha gode kunnskaper om hvordan best mulig ivareta kvinnenes helhetlige behov gjennom prosessen. Kunnskap om å utøve sykepleie med fokus på kommunikasjon og relasjon ved ivaretagelse av en sårbar pasientgruppe vil også være hensiktsmessig i møte med øvrige pasienter og pasientgrupper. Sykepleier skal ivareta pasienten, respektere dens avgjørelse og være fordomsfri i møte (Jerpseth, 2016, s. 161).

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier utøve sykepleie med fokus på kommunikasjon og relasjon ved ivaretagelse av kvinner som gjennomfører provosert medikamentell abort på sykehus?

1.4 Avgrensning

Jeg vil avgrense oppgaven til å ta for seg kvinner som gjennomfører provosert medikamentell abort på sykehus, da dette er det vanligste abortmetoden i Norge (Jattestad, 2019, s. 269). Jeg vil utelukke medikamentell abort i hjemmet, og eventuell oppfølging knyttet til inngrepet. Oppgaven vil avgrenses til å ta for seg medikamentell abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke, da det er særskilte grunnlag og behov for en annen tilnærming etter uke 12 (Abortloven, 1976, §2). Avslutning av svangerskap grunnet sykdom hos foster eller hos den gravide utelukkes. Jeg har geografisk avgrenset til å ta for meg voksne kvinner som er bosatt i Skandinavia, med hovedfokus på Norge og Sverige hvor abortlov og velferdsstat er tilnærmet lik. Definerings av voksne kvinner vil i oppgaven være kvinner over 16år, i henhold til den seksuelle lavalderen i Norge.

1.5 Begrepsavklaring

Provosert abort: Svangerskap som velges avbrutt i henhold til norsk lov (Bjørge, Løkland & Oppegård, 2017). Provosert abort er en kunstig fremkalt abort der et svangerskap blir avbrutt med hensikt å hindre fødsel av et barn. (Nesheim, 2019). Omtales også svangerskapsavbrudd.

Medisinsk abort: Farmakologisk behandling hvor svangerskapet avsluttes ved å anvende legemiddel (Jerpseth, 2016, s. 160). Kvinnen fremkaller abort gjennom tabletter som svelges og kapsler som settes vaginalt (Nesheim, 2019).

Ivareta: Ta hand om, og å ta vare på (Språkrådet, 2019).

Kommunikasjon: Kommunikasjon er det å formidle og dele ideer og informasjon for eksempel via språk, verbalt eller non verbalt (Allott, 2019). Kommunikasjon er en nødvendig forutsetning for å skape felleskap mellom mennesker og dreier seg i hovedsak om samvær, samtale og samforståelse (Hummelvold, 2012, s. 421).

2. Teori

I dette kapittelet presenteres aktuell teori, lovverk og sykepleieteoretisk perspektiv som er relevant for belysning av problemstillingen.

2.1 Hva er abort?

Abort er en avbrytelse av et svangerskap. Begrepet abort brukes om både spontan abort og provosert abort (Nesheim, 2019). Spontan abort er ikke selvbestemt og kan forekomme som følger av kromosomfeil, sykdomsforhold i placenta, eller infeksjoner (Jerpseth, 2016, s. 159). Provosert abort er en kunstig framkalt abort der et svangerskap blir avbrutt (Nesheim, 2019).

Ved uønsket svangerskap kan kvinnen begjære svangerskapsavbrudd innen

12.svangerskapsuke. I Norge kan kvinnen selv bestemme om hun vil fullføre svangerskapet eller ikke innen denne tidsrammen. Valget om å avslutte et svangerskap kan være sammensatt og et belastende valg å for kvinnen (Kristoff, 2016, s. 423).

2.1.1 Abortloven

Lov om selvbestemt abort tredde i kraft som resultat av sterkt engasjert i kvinnebevegelsen og folkeaksjoner gjennom flere tiår (Lønnå, 2019). Kvinners rett til å ta selvbestemt abort blei vedtatt i Norge i 1978. Kvinner fikk lovfestet rettighet til å selv bestemme om de vill avbryte svangerskapet innen 12. svangerskapsuke (Abortloven, 1978). Etter utgangen av 12. svangerskapsuke må kvinnen søke om å få innvilget abort gjennom en nemd (Abortloven, 1978, §5). Abortloven (1976, §2) fremmer at dersom et svangerskap fører 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. Begjæring om svangerskapsavbrudd skal fremsettes av kvinnen selv og tas uavhengig av uttalelser fra foreldre/verge dersom kvinnen er fylt 16år (Abortloven, 1976, §4).

Samfunnet og enkeltmennesker har ulike synspunkt på abortloven. Reynolds-Wright (2012) fremhever vesentlige for og motargument, samt holdninger knyttet til abortlovgivning. Et vanlig argument mot abort er at det tilsvare drap - spesifikt barnemord - og på denne måten er det umoralsk og uberettiget, fordi man fratrar fosteret sin rett til potensielle framtid.

Hovedargumenter til fordel for abort baseres på at det er en person, snarere enn bare et menneske, som har rett til rettigheter, inkludert retten til liv. Abort kan derfor anses som akseptabelt, ettersom et foster uten tvil er et menneske, det ikke er en person. Reynolds-Wright (2012) legger fram at tilgang til sikker abort blir betegnet som en grunnleggende

menneskerettighet av International Women's Health Coalition. Tilgang til sikker abort er ikke bare en menneskerett; det er et mål på samfunnets utvikling når det gjelder kvinner. Mangel på lovlige abort vil ikke redusere antall aborter, men heller sette kvinner helse i fare ved å utføre abort på en utrygg måte (Reynolds-Wright, 2012).

2.1.2 Medikamentell abort

Valg av behandlingsmetode avhenger av hvor langt svangerskapet er kommet, om pasienter er første- eller flergangsgravid og hennes generelle helsetilstand (Jerpseth, 2016, s. 160).

Tidligere var det vanlig å få utført en kirurgisk abort i kortvarig narkose der fosteranlegget fjernes gjennom et sug som settes inn i livmorhulen (Jettestad, 2019, s. 269). Kirurgisk metode er mindre brukt og omlag 90% av abortene utføres i dag medikamentelt (Helsedirektoratet, 2017). Farmakologisk behandling – medisinsk abort er blitt den vanligste abortmetoden i skandinaviske land (Jettestad, 2019, s. 269)

Medikamentell abort er en totrinnsprosess. Kvinnen tar først en antiprogesterontablett som sørger for at livmoren ikke lengre reagerer på kroppens graviditetshemmende hormon (Jettestad, 2019, s. 270). Det progesteronhemmende middelet mifepristol, avslutter da svangerskapet. To dager senere settes prostaglandintabletter, misoprosol i vagina for å myke opp og dilatere cervix. Prostaglandintablettene vil i tillegg føre til at uterusmuskulaturen kontraherer og fostervevet støtes ut. Medisinsk abort tar omlag 4-6 timer. Kvinnen vil få sterke menstruasjonslignede smerter når fosteret drives ut. Blødning som ved menstruasjon forventes i en periode etter aborten er utført (Jerpseth, 2016, s. 160-161).

2.2 Sykepleiers rolle i abortprosessen

Sykepleiers utøvelse reguleres av lovverk og forskrifter i helsepersonelloven.

Helsepersonelloven (1999, §4) stiller krav om forsvarlighet i utøvelsen av sykepleie:

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Videre skal helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand, der dette er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Sykepleiers oppgaver ved abort varierer med omstendigheten rundt og årsaken til inngrepet (Jerpseth, 2016, s. 161). Alle abortsøkende kvinner må til sykehus for samtale og

undersøkelse for å stadfeste svangerskapets lengde, blodtype og test for klamydia. I møte med den abortsøkende kvinne på sykehus skal sykepleier gi grundig og nøytral informasjon for å hjelpe kvinnen til å gjøre det endelige valget (Jattestad, 2019, s. 269). Ved stadfesting av svangerskapets lengde gjennomføres en transvaginal ultralyd. Sykepleiers rolle vil være å forberede, støtte og veilede kvinnen gjennom undersøkelsen.

Provosert abort er et følsomt tema, og det er viktig at helsepersonell tar seg tid til å lytte og være tilstede for kvinnen (Jattestad, 2019, s. 269). Sykepleiers møte med den abortsøkende kvinne innebærer å måtte bevege seg mellom interesse, men samtidig forsiktighet ovenfor kvinnens ønske om å dele opplevelser. Sykepleier må forholde seg til at mennesker tenker, handler og lever livene sine ulikt (Jerpseth, 2016, s.134). Både den abortsøkende kvinnen og sykepleier må forholde seg til verdispørsmålene ved provosert abort. Sykepleier skal respekterer kvinnens avgjørelse, og viser forståelse ovenfor kvinnens valg (Jerpseth, 2016, s. 161).

Pleie og omsorg under abortprosessen er sammensatt og sykepleier skal ivareta kvinnes helhetlige behov. Kvinnen vil oppleve smerter når den medikamentelle aborten er i igangsatt. Smertelindrende medikament kan administreres, basert på kartlegging av smerter og ubehag. Sykepleier skal observere mengde blødning, utseende og må vurdere kvinnens fysiske tilstand gjennom prosessen (Jerpseth, 2016, s.160-161). Ved kraftig blødning skal sykepleier observere kvinnens respirasjon, puls, diurese og hudfarge. Den psykiske belastningen ved gjennomføring av svangerskapsavbrudd kan være svært belastende og kvinnene kan oppleve blandede følelser med både angst, sorg og skyld, men også lettelse (Broen, Moun, Bødtker & Ekberg, 2006). Det være vanskelig for kvinnene å utrykke lettelse, fordi de føler en forventning om at de ikke skal ha det ille. Sykepleier må oppmuntre kvinnen til å sette ord på følelser, verdier og tanker omkring prosessen. Det er hensiktsmessig at pasienten ikke forholder seg til ulikt personale, men følges opp av samme sykepleier (Jerpseth, 2016, s. 162).

Helsepersonell har rett til å søke om fritak fra å assistere ved eller i utførelsen av abortinngrepet. Fritaket gjelder ikke pleie og stell av pasienter før eller etter abortinngrepet. (Jerpseth, 2016, s. 161). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleier bidra til å aktivt imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse-og omsorgstjenester. Sykepleier skal respektere pasientens integritet og ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Sykepleier skal fremme mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi

tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleieforbund, 2019).

2.3 Joyce Travelbee

Oppgavens vil skrives i lys av Joyce Travelbee sin sykepleieteori med fokus på at hvert enkelt menneske er et unikt og uerstattelig individ, likt og samtidig ulikt alle andre mennesker (Travelbee, 1999, s. 54). Bakgrunn for valg av sykepleieteori er Travelbee sitt fokus på utvikling av relasjoner mellom sykepleier og den h*n har omsorg for. Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess med bakgrunn i at den alltid, direkte eller indirekte handler om mennesker. Travelbee definerer sykepleie; «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee 1999, s. 29-30).

Et Mennesket- til-menneske-forhold beskrives som en erfaring eller en rekke av erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den hun har omsorg for. Hoved kjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke får sine behov ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 177). Erfaringen mellom sykepleier og den syke må være betydningsfull for begge parter for at relasjonen skal kalles et mennesket-til-menneske-forhold, en gjensidig prosess. Mennesket-til-menneske-forholdet forutsetter at sykepleier og den syke sammen går gjennomgår fire faser som kulminerer en gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999, s. 172). Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et menneske-menneske-forhold. Kommunikasjonen er en del av prosessen hvor mennesker formidler tanker og følelser til hverandre. Gjennom kommunikasjonsprosessen vil sykepleier bli kjent med pasienten som person, og dermed også dens behov. Sykepleier må være bevisst på å skille mellom sine egne behov, og ikke overføre sine behov til pasienten. Et viktig aspekt for å oppnå et godt kontaktforhold mellom sykepleier og pasient er å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, referer i Kristoffersen, 2016, s. 34-35). Å bruke seg selv terapeutisk er et sentralt kjennetegn hos den profesjonelle sykepleieren. Når en sykepleier bruker seg selv terapeutisk er et bevisst bruk av egen personlighet og egne kunnskaper til stede. Hensikten er at danne et målrettet forhold til enkeltmennesket og strukturere sykepleieintervensjonen på bakgrunn av selvinnsikt, selvforståelse, tolking og innsikt i betydningen av å være menneske (Travelbee, 199, s. 44-45).

2.4 Kommunikasjon i relasjon

Kommunikasjon er en nødvendig forutsetning for å skape felleskap mellom mennesker og dreier seg i hovedsak om samvær, samtale og samforståelse (Hummelvold, 2012, s. 421). I det første møte er sykepleiers ønsket å etablere en relasjon, skape tillit og trygghet. Det første møte og åpningen på samtalen er viktig for den videre relasjonen fordi både vi selv og den andre vil ha en spontan tendens til å reagere ut fra stereotype oppfatninger. Som helsepersonell møter man forventinger fra pasienter, fra samfunnet forøvrig og fra seg selv. Pasientens oppfatning og opplevelse av sykepleier vil kunne justeres i det første møte, og det skapes et bedre utgangspunkt for relasjonens utvikling (Eide & Eide, 2017, s.123).

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskes liv og iboende verdighet (Norsk sykepleieforbund, 2019). Hensikten med den profesjonelle kommunikasjonen er å fungere hjelpende, støttende og problemløsende for hvert enkelt menneske. Skal kommunikasjonen oppleves som hjelpende og støttende må sykepleier lytte aktivt, observere og fortolke verbale og non-verbale signaler, forstå hva som oppleves som riktig, formidle informasjon på en klar og forståelig måte, forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål. En stor del av kommunikasjon er nonverbal, og tolkes ulikt fra hvert enkelt individ (Eide & Eide, 2017, s. 33) Ordene vi sier vil få styrke og kraft ved våre kroppslige ledsageruttrykk og kan komplimenteres, dempe, avkrefte eller motsies av ansiktsuttrykk, tonefall og stemmebruk. De non- verbale uttrykkene signaliserer blant annet ønske om nærhet, avstand, imøtekommenhet eller fiendtlighet (Hummelvold, 2012, s. 425).

Å være seg selv, ekte og nær skaper et grunnlag for betydningsfulle møter. Dette krever empati, det vil si en innlevende forståelse. Det viktigste er å bli forstått; empatien kan styrke forståelsen (Hummelvold, 2012, s. 422). For å skape den tryggheten som er nødvendig for at den andre åpner seg opp, er det viktig at sykepleier framtrer bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende (Eide & Eide, 2017, s. 137). Aktiv lytting er både en måte å vise menneskelighet på og en vei til å finne ut hva som er viktig for personen i den aktuelle situasjonen. Det innebærer og være aksepterende og tilstede når den andre åpner seg og anerkjenne de tankene og følelsene som kommer. Å lytte aktivt innebærer også å stille åpne spørsmål og utforske hva den andre ønsker og trenger, og å vise at man hører ser og forstår (Eide og eide, 2017 s. 83).

Sykepleier skal gjennom kommunikasjon i relasjon forsøke å ivareta behovet for selvbestemmelse, tilknytning og mestring. Å imøtekomme behovet for selvbestemmelse gjennom kommunikasjon betyr å lytte aktivt, undersøke hva pasienten selv tenker og opplever som viktig, og å legge til rette for et reelt valg. Å ivare ta behovet tilknytning kan bety å skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Et viktig aspekt for å opparbeide tilknytning er at kommunikasjonen er direkte rettet mot pasienten og at man sørger for at pasienten ikke har for mange å forholde seg til i prosessen. For å ivareta behovet mestring er det viktig at sykepleier anvender kommunikasjon slik at pasientens behov blir anerkjent, samt at de personlige grensene blir respektert (Eide & Eide, 2017, s. 19-20).

3. Metode

I dette kapittelet presenteres den metodiske framgangsmåten som er anvendt i oppgaven. En metode beskrives av Dalland (2017, s. 51) som et hjelpemiddel som forteller hvordan man bør tre fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Vilhelm Aubert siters «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, referert i Dalland, 2017, s.51). Vi kan dele metode inn i kvantitative og kvalitative metoder. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter som statistikk, tall og prosent, mens kvalitative metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode, skal være at akkurat den metoden egner seg best til å belyse spørsmål eller problemstillingen som er stilt på best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51-52). Det stilles krav til litteraturstudie som metode i bacheloroppgaven, og litteraturstudie som metoden anvendes derfor i denne oppgaven.

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Systematisering av kunnskap innebærer å søke etter litteratur, og samle inn litteratur, for deretter å gå kritisk gjennom og sammenfatte funnene (Thidemann, 2017, s. 77). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, samt beskrive hvordan man har gått fram for å anskaffe denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

Systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, s.82). I et systematisk søk skal oppgavens problemstilling knyttes til valg av søkeord. Problemstillingen man ønsker å besvare gjennom litteratursøket, danner utgangspunktet for det systematiske søket. Et hjelpemiddel i denne prosessen er PICO skjema, som har som formål å fokusere og presisere spørsmålet, samt klargjøre hva du vil inkludere og ekskludere i søket (Thidemann, 2019, s. 82-83). Neste steg i metoden er å finne relevante databaser og utføre søket i. Biblioteket på HVL sine nettsider har en oversikt over ulike databaser som studentene har tilgang til, samt en oversikt over hvilke fagområder databasene dekker. Gjennomføring av søket baseres på de tidligere trinnene, hvor relevante søkeord settes inn og kombineres (Thidemann, 2019, s. 87). Søket må videre evalueres og artikkelens tittel vil gi informasjon om relevans i oppgaven. Ved en relevant tittel å leses artikkelens

abstract/oppsummering for å få et større innblikk i artikkelens relevans. Videre vil artiklenes relevans baseres på hvor vidt informasjonen er relevant for problemstillingen, publiseringsdato, tidskift og utforming etter IMRAD -strukturen. En grundig lesing av artiklene foretas og ikke relevante artikler forkastes. Artikler som er relevant for inkludering i litteraturstudien skal kritisk vurderes ut fra relevant sjekkliste (Thidemann, 2019 s. 90-91). Basert på den kritiske vurderingen forkastes eller inkluderes artikkelen i oppgaven. Artiklenes resultat skal sammenfattes for å videre anvendes i oppgavens drøftingsdel.

3.2 Framgangsmåte

3.2.1 Søk i databaser

For å finne relevant litteratur har jeg søkt systematisk i databasene «Chinahl, Academic Search Elite og Medline». Valgte databaser har et sykepleiefaglig, medisinsk og tverrfaglig fokus, som dekker et bredt felt. For å finne relevante artikler har jeg anvend hjelpemiddelet PICO skjema (Vedlegg 1). Jeg har systematisert problemstillingens begreper og trekk ut sentrale begrep som er relevant i søket. Grunnet avgrensingene jeg har satt i oppgaven, er det mest relevant med forskning fra skandinaviske land med tilnærmet lik abortlovgivning og utførelse av provosert abort. Ved utvalg av søkeord forsøkte jeg med begrepene kommunikasjon, relasjon og omsorg på både norsk og engelsk. Søk med disse begrepene fra problemstillingen gav lite treff. Jeg valgte derfor å bruke begrep som fokuserer på opplevelser knyttet til abortomsorg.

Søkeordene jeg benyttet meg av i databasene var:

Induced abortion, Abortion, Experience, Ambivalence.

I tillegg har jeg brukt søkeordene:

Nurse, Hospital, First trimester, Eksistensiell,

for å konkretisere søket og få fram ulike perspektiv

3.2.2 Søketablell

Dato for søk	Søk i Medline	Søkeord/Therm	Avgrensing(limit)	Resultat(antall)	Eventuell kommentar
20.02.20	Søk 1	Abortion		91495	
20.02.20	Søk 2	Experience		788655	
20.02.20	Søk 3	Ambivalence		3241	
20.02.20	Søk 4	S2 OR S3		791005	
20.02.20	Søk 5	Nurse		34753	
20.02.20	Søk 6	S1 AND S4 AND S5		217	
20.02.20	Søk 7	S1 AND S4 AND S5	2010- 2020	90	Artikkel nr 8 – «Walking on a tightrope- caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester»

Artikkelen «*Walking on a tightrope- caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester*» blei valgt fordi den belyser viktigheten av helsepersonells kunnskap og erfaring i møte med abortsøkende kvinner.

Dato for søk	Søk i Medline	Søkeord/Therm	Avgrensing(limit)	Resultat(antall)	Eventuell kommentar
25.02.20	Søk 1	Induced Abortion		31824	
25.02.20	Søk 2	First trimester		33574	
25.02.20	Søk 3	Experience		788655	
25.02.20	Søk 4	Scandinavia OR norway OR sweden OR denmark		695080	
25.02.20	Søk 5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		24	Artikkel nr 1 – «women´s experiences when unsure about wheter or not to have an abortion in the first trimester.

Artikkelen «*Women´s experiences when unsure about wheter or not to have an abortion in the first trimester*» belyser kvinners opplevelse av å være usikker på valget om gjennomføring av en abort. Artikkelen gir innsikt i hvilke verdier som er framtredder blant kvinnene som skal ta en beslutning om å avslutte svangerskap eller ikke.

Dato for søk	Søk i Academic Search elite	Søkeord/Therm	Avgrensing(limit)	Resultat(antall)	Eventuell kommentar
25.02.20	Søk 1	Abortion		62433	
25.02.20	Søk 2	Existential experience		466	
25.02.20	Søk 3	S1 AND S2		3	Artikkel nr 2 – «Women's existential experiences whitin Swedish abortion care»

Artikkelen «*Women's existential exsperiences whitin Swedish abortion care*» belyser kvinnenes erfaring med, og behov for eksistensiell og emosjonell støtte fra helsepersonell.

Dato for søk	Søk i CHINAHL	Søkeord/Therm	Avgrensing(limit)	Resultat(antall)	Eventuell kommentar
04.03.20	Søk 1	Abortion		17333	
04.03.20	Søk 2	Experience		317948	
04.03.20	Søk 3	Ambivalence		1811	
04.03.20	Søk 4	S2 OR S3		319133	
04.03.20	Søk 5	Scandinavia OR norway OR Sweden OR denmark		62032	
04.03.20	Søk 6	S1 AND S4 AND S5		64	Artikkel 1 – «Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish web-based exploratory and retrospective qualittitative study»

Artikkelen «*Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish web-based exploratory and retrospective qualittitative study*» blei valgt fordi den belyser kvinners bekymring og frykt før under og etter abortprosessen.

3.3 Metodekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen man bruker. Ved hjelp av det første steget i kildekritikk skal det fastslås opplysningene er sann. Ved å anvende kildekritikk vurderes litteraturens relevans i henhold til valgt tema og problemstilling (Dalland, 2017, s. 152-153). Hensikten med kildekritikk er at leseren skal ta del i refleksjoner rundt hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158).

3.3.1 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Artiklene er vurdert i henhold til relevant kvalitativ sjekklister for vurdering fra kunnskapssenteret (Helsebiblioteket, 2016). De fire inkluderte artikler har en klart formulert problemstilling og hensikt. Kvalitativ metode er anvendt i de fire utvalgte artiklene, og ses som hensiktsmessig for å få fram helsepersonell og abortsøkende kvinners erfaringer under abortprosessen. Utvalgsstrategien for å samle deltakere til studiene er gjort rede for og presentert i artiklene.

I studien til Stålhandske et.al (2011) blei datainnsamlingen gjort mellom 2006-2009. Jeg har kritisk vurdert at funnene som er gjort for over 10 år siden likevel er relevant i dag.

Resultatene i studien til Stålhandske et.al (2011) belyser spørsmål, tanker og følelser knyttet til mening, liv og moral. Disse aspektene er viktig for å belyse kvinners kognitive, emosjonelle og eksistensielle reaksjoner på uønsket graviditet. Resultatene vil være svært relevant i belysning av oppgavens problemstilling uavhengig av at også kvinner som har gjennomført kirurgisk abort også er inkludert i artikkelen, da denne andelen er liten.

Georgsson et.al (2019) har gjennomført studien som en anonymisert web-basert undersøkelse. Bruka av anonymisert web-undersøkelse kan føre til at flere deltakere besvarer undersøkelsen, men også at graden av ærlighet er større. Studien viser til forskningsresultat der kvinnene til motsetning til annen forskning i stor grad er misfornøyd med abortomsorgen. Dette kan tyde på at studien i hovedsak har blitt besvart av kvinner med en vanskelig opplevelse, men studien har samtidig gitt kvinnene mulighet til å fortelle sin opplevelse av abortomsorgen. Resultatene i studien fremmer frykt knyttet til manglende støtte, informasjon og støtte under abortprosessen, og disse funnene vil være relevant i belysning av min problemstilling.

I oppgaven har jeg anvendt relevant faglitteratur fra pensumlisten til studiet. Anvendt pensumlitteratur er dermed kvalitet sikret av Høgskolen på Vestlandet. Mengden

pensumlitteratur knyttet til temaet var noe tynn, og jeg har supplert med annen relevant fag-og forskningslitteratur.

3.3.2 Etikk i oppgaveskriving

Dalland (2017, s. 236) beskriver forskningsetikk som et område i etikken hvor samfunnets normer og verdier tas i betraktning. Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre at personer som deltar i forskning ikke blir påført skade eller unødig belastninger. Forskningens mål om å finne ny kunnskap og innsikt skal ikke skje på bekostning av enkeltindividets integritet eller velferd (Dalland, 2017, s. 236). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning tredder i kraft med formål om å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning, som gjelder forskning på mennesker og helseopplysninger (Helseforskningsloven, 2009, §1-2).

Forskningsetiske hensyn er inkludert i de fire utvalgte artikkelen. Kjelsvik et.al (2018a og 2018b) har godkjent studiene i regional komite for medisinsk og helseforskningsetikk og kvinnene har gitt skiftelig samtykke for deltagelse. Georgsson et.al (2019) og Stålhandske et.al (2011) viser forskningsetiske hensyn ved at studiene er godkjent og gjennomgått av regional etisk komite i Uppsala, Sverige. Inkluderte forskningsartikler er anonymisert. Gjennom oppgaven refererer jeg til kilder og viser dermed hvor kunnskapen er hentet, og hvem som har forfattet litteraturen. Jeg viser etiske hensyn gjennom at oppgaven er selvstendig utarbeidet, ikke plagiert.

3.3.3 Kritisk vurdering av egen oppgave

Ved søk av artikler til inkludering i oppgaven fikk jeg få relevante treff i databasene. Dette fører til begrensinger og at jeg har valgt to artikler som er en del av en større samlet studie. Kjelsvik et al. (2018a og 2018b) fremmer ulike, sentrale perspektiv i abortomsorgen og blei derfor inkludert i oppgaven. Ved søk i databaser fant jeg flere forskningsartikler fra tidlig 2000 tallet som kunne vært aktuell i bruk av oppgaven, men som ikke blei inkludert grunnet utdatert dato. Det faktum at disse artiklene blei ekskludert kan føre til at perspektiver og erfaringer rundt tematikken ikke er belyst. Inkluderte artikler er skrevet på engelsk og oversatt til norsk. Dette kan føre til at jeg har oversatt og tolket innholdet slik at det får en annen betydning. En styrke med oppgaven er at jeg har anvendt originallitteratur framfor å bruke sekundærkilder.

4. Resultat

I dette kapittelet presenteres sammendrag av resultat fra utvalgte forskningsartikler, samt en samlet analyse av resultatene. Resultattabell presenteres som vedlegg (Vedlegg 2 – Litteraturmatrise)

4.1 Sammendrag av artikler

«Walking on a tightrope- caring for ambivalent women considering abortion in the first trimester»

Hensikten med den kvalitative studien til Kjelsvik, Tveit, Moi, Aasen, & Gjengedal (2018a) var å forbedre helsepersonells forståelse og kompetanse i møte med abortsøkende kvinner som er ambivalent til valget. I fokusgruppeintervju med 20 deltakere fra ulike avdelinger og klinikker i Norge, blei helsepersonells opplevelse av møte med ambivalente abortsøkende kvinner undersøkt. Studien belyser viktigheten av kompetanse og erfaring hos helsepersonell i møte med kvinner som er usikker til valget. Resultatene av helsepersonells erfaringer er delt inn i tre tema.

For å avsløre usikkerhet er fokusert oppmerksomhet nødvendig.

Helsepersonellet kjente seg ansvarlig for å avsløre ambivalens og forsøkte å gi kvinnen følelsen av å bli behandlet med respekt, verdighet. Helsepersonell sin oppmerksomhet og tolking av kvinnens kroppsspråk var essensiell for å avsløre underliggende usikkerhet. Helsepersonell forsøkte å avklare om intuisjonen deres var korrekt ved å stille direkte eller indirekte spørsmål til kvinnen. Personalet blei i ulik grad emosjonelt engasjert under konsultasjonen.

Å handtere usikkerhet - en balansegang.

Helsepersonell beskriver møtene med ambivalente kvinner og deres vanskelige dilemma som utfordrende. Balansen mellom å være aktivt involvert og å holde tilbake når kvinnene var usikker på valget om å gjennomføre en abort, var krevende. Helsepersonell beskriver at det i møte med kvinnene var utfordrende å være involvert i avgjørelsen, men uten å påvirke valget. Helsepersonell streber etter å framstå som nøytral under konsultasjonene og å oppretthold en ikke-dømmende holdning. Dersom kvinne var usikker og nølte med å svelge pillen, uavhengig om hun hadde bestemt seg for å starte aborten, betraktet helsepersonellet det som en etisk plikt å trekke medisinen tilbake.

Å bli personlig involvert i usikkerheten – konfrontasjon med egne sårbarheter og verdier.

Helsepersonell beskriver manglende ferdigheter og kompetanse til å håndtere de emosjonelle og moralske utfordringene, og beskriver en risiko for å bli berørt og overveldet i møte med kvinnene. Det var viktig for helsepersonellet å understreke at valget måtte baseres på kvinnens verdier, og at hennes beslutning ikke var helsepersonellens ansvar: ”Det er tusenvis av grunner. De er deres, ikke mine”.

«Women’s experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester»

Studien til Kjelsvik, Tveit, Moi, Aasen, Chelsea & Gjengedal (2018b) har et kvalitativt design, der 13 norske kvinner er intervjuet. Deltakerne i studien er kvinner over 18 år som er gravid i første trimester og som er usikker på om de skal gjennomføre en abort eller fortsette svangerskapet. Studien er basert på to intervju, et før og et etter avgjørelsen om aborten skulle gjennomføres. Kvinne var oppfordret til å snakke fritt om hvordan livet endret seg da de fant ut de var gravide. Resultatene presenteres i tre hoved tema med tilhørende underkategorier.

Å konfrontere sin egen forberedthet.

Å være gravid gjorde kvinnene mer bevisste på deres planer og livssituasjon. Kvinnene uttrykte følelser som kombinasjon av lykke, overraskelse, sjokk, fortvilelse, skam og skyld. Den juridiske grensen for å avslutte graviditeten ble beskrevet som belastende og graviditetens kroppslige plager, førte til at tankesett endret seg fort. Kvinnene beskriver at det dukket opp tanker om et foster som vokste. Følelsen blei beskrevet som en tikkende klokke eller en emosjonell berg- og dalbane.

En ensom reise

Å være gravid og usikker ga kvinnene en følelse av både ansvar for å ta et selvstendig, veloverveid valg, men samtidig et behov for å involvere andre. Uenighet med partneren eller andre forsterket kvinnenes følelse av ensomhet. Helsepersonell som ikke engasjerte seg i møte med kvinnene, bidro til følelse av isolasjon. Kvinnene beskriver en balanse mellom å diskutere avgjørelsen med andre, men samtidig ikke bli påvirket av andres meninger.

Verdier i bevegelse

Kvinnene beskrev verdier som å «leve livet i rett rekkefølge», verdien av det ufødte liv mot det levde liv, og spørsmål om fullføring av graviditeten for enhver pris som utfordrende. Flere kvinner nevnte ønske om spontanabort for å frigjøre de for ansvaret om å selv ta en beslutning. Kvinnene satt pris på retten til selvbestemmelse og beskrev følelse av stolthet over å ha nådd en uavhengig beslutning, som de visste var riktig for seg selv. Kvinnene beskrev en ro knyttet til å ha tatt rett avgjørelse, og en lettelse over å ha tatt et valg i samsvar med sine egne verdier.

«Womens existential experiences within Swedish abortion care»

Studien til Stålhandske, Ekstrand & Tydén (2011) er utført i et kvalitativt design. Deltakerne blei innhentet i Uppsala, Sverige. Studien består av besvarelse på et spørreskjema og individuelle dybdeintervju med 24 kvinner. Kriteriene for deltagelse var vide og alle kvinner med tidligere erfaring fra gjennomføring av abort i svensk helsevesen kunne delta i undersøkelsen. Hensikten med studien var å utforske kvinnenes erfaring med klinisk abortomsorg i henhold til deres behov for eksistensiell støtte. Resultatene er delt inn i tre hovedkategorier med tilhørende underkategorier.

Medisinske prosedyrer fremkalte eksistensielle erfaringer

Gjennomføring av ultralyd førte til at graviditeten kjentes ekte. Det var vanskeligere for kvinnen å opprettholde ett nøytralt syn, når de opplevde menneskelig liv under ultralydundersøkelsen. Kvinnen blei bevisst på at det endelige valget var deres i øyeblikket de fikk utdelt medikamentet som avslutter svangerskapet. Kvinnene opplevde å svelge tabletten som tungt, og blei i øyeblikket bevisst på at aborten ikke kunne reverseres.

Helsepersonell unngikk de eksistensielle sidene av situasjonen

Flere kvinner var misfornøyd med mangelen på emosjonell respons fra helsepersonellet både før, under og etter aborten. På den andre siden var flere av kvinnene positive til at personalet ikke spurte om emosjonelle eller moralske problemstillinger. Svensk abortomsorg blei beskrevet som rasjonell og nøytral, og med preg av at fysiske problemer dominerer over eksistensielle. Noen kvinner avsto fra enhver form for eksistensiell støtte, men andre uttrykkte behov for å reflektere over eksistensielle aspekt og følelsesmessige opplevelser.

Kvinnen var mer eller mindre involvert i abortprosessen

Kvinnene var i ulik grad involvert i abortprosessen og viste ulik grad av interesse for å ta aktiv del i prosessen. Noen kvinner satte pris på å gi personalet ansvaret, og følte seg trygg innenfor rammene av de kliniske rutinene. I noen tilfeller ble overlevering av ansvar en opplevelse av å miste integritet og kontroll, mens andre kvinner var ivrige etter å forstå, for å kunne jobbe seg gjennom prosessen.

«Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish web-based exploratory and retrospective qualitative study»

Studien er skrevet av Georgsson, Krautmeyer, Sundqvist & Carlsson (2019) og har kvalitativt design. Studien er utført som en nettbasert utforskende og retrospektiv undersøkelse i Sverige, der totalt 185 kvinner besvarte undersøkelsen. Hensikten var å undersøke kvinners bekymringer, frykt og beredskap knyttet til opplevelsen av å ha gjennomført en provosert abort. Kvinnene besvarte åpne spørsmål og ga tilbakevirkende, selvrappporterte rangeringer om deres abort-relaterte bekymringer, frykt, og tilfredshet med informasjon hentet fra både helsepersonell og internett. Resultatene blei inndelt i tre hovedtema, undertema og kategorier.

Bekymring og frykt

Resultatene viser at noen av kvinnene opplevde frykt for hvordan abortprosessen gjennomføres. Kvinnene beskriver manglende informasjon knyttet til emosjonelle og psykiske reaksjoner som kan oppstå under abort prosessen. Kvinnene hadde bekymringer til hvordan de ville oppleve interaksjoner med helsepersonell, hvordan behandlingen under sykehusoppholdet var, og hvilke spørsmål de ville bli stilt av helsepersonell. Noen beskrev å være redd for å se fosterrester eller blod. Å ikke vite hva slags behandling du kan forvente resulterte i frykt for abortprosessen.

Uventede hendelser og komplikasjoner grunnet manglende forberedelse

En tredjedel av kvinnene som deltok opplevde uventet dårlig behandling og støtte fra helsepersonell. Helsepersonell blei beskrevet som kaldhjertet, ufølsom, uprofesjonell og adferden blei tolket som om de ikke brydde seg. Mye verdsatt medfølelse og empati blei vist fra noen and helsepersonellet, andre ble ansett som å ha vist dårlig oppførsel som fikk kvinner til å føle seg ikke respektert, klandret og utspurt. Respondentene forventet ikke den emosjonelle lidelsen de opplevde i opptil flere år etter aborten. Uventede følelser etter aborten

inkluderte sorg, depresjon, ensomhet, frykt, skam, tomhet og panikk. Kvinnene hadde ikke forventet vanskeligheter med å kommunisere med helsepersonell, eller med å kontakte helsetjenesten etter aborten.

Utilstrekkelig og lav kvalitet med informasjon resulterer i usikkerhet rundt abortprosessen

Kvinnene beskriver at det blei gitt utilstrekkelig informasjon om fysisk smerte, smertelindring sammentrekkninger, vaginal blødning, administrering av vaginalpiller, bivirkninger, synet av fosterrester, mulig psykiske og følelsesmessige reaksjoner. Andre mente at det var for mange helsepersonell involvert, at helsepersonell hadde feil fokus når de ga informasjon og at det manglet skriftlig informasjon.

4.2 Samlet analyse av resultatene

Resultatene viser til at kvinnene var ambivalens til avgjørelsen om å avslutte svangerskapet. Ambivalens førte til følelse av ansvar, behov for å involvere andre, men til samtidig ta en selvstendig avgjørelse. Kvinnenes frykt, usikkerhet og bekymringer knyttet til gjennomføring, og interaksjon med helsepersonell er framtrede i resultatene. Helsepersonell følte ansvar for å avdekke ambivalens og beskriver det å bli involvert i kvinnens usikkerhet som utfordrende. Balansegangen mellom å bli involvert i valget, men ikke påvirke kvinnen beskrives av helsepersonell som krevende. Resultatene viser at eksistensielle spørsmål var framtrede gjennom abortprosessen. Kvinnenes verdier om det levde liv, versus det ufødte liv blei, er blant eksistensielle spørsmål kvinnene beskriver. Avgjørelsen blir beskrevet som svært belastende og preget av manglende emosjonell respons fra helsepersonellet. Resultatene fremmer at kvinnene opplever manglende informasjon knyttet til fysiske, psykiske, emosjonelle og eksistensielle utfordringer abortprosessen medbringer. Resultatene ytrer helsepersonellet sitt perspektiv som viser til at helsepersonell kan oppleve vanskelige emosjonelle og moralske utfordringer i møte med kvinnen.

5. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte presentert forskning, sykepleietoerisk perspektiv og teori opp mot problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier utøve sykepleie med fokus på kommunikasjon og relasjon ved ivaretagelse av kvinner som gjennomfører provosert medikamentell abort på sykehus?*».

5.1 Å bli involvert i kvinnens usikkerhet

Valget om å avslutte et svangerskap er for mange kvinner vanskelig å fatte, og kan i stor grad preges av ambivalens. Kjelsvik et al. (2018a) legger fram at helsepersonell føler seg ansvarlig for å avdekke ambivalens knyttet til avgjørelsen. Å være involvert i valget, uten å påvirke kvinnene blir av beskrevet som utfordrende for helsepersonell (Kjelsvik et al., 2018a).

Samtidig beskriver Kjelsvik et al. (2018b) at kvinnene synes det er en vanskelig balanse mellom å diskutere avgjørelsen med andre uten å bli påvirket. Både sykepleier og den abortsøkende kvinnen er bekymret for å påvirke, eller bli påvirket i samtalen. Jattestad (2019, s. 269) beskriver at sykepleier i det første møte skal hjelpe kvinnen til å fatte det endelige valget, ved hjelp av å gi kvinnen grundig informasjon. Jerpseth (2016, s. 134) fremhever at sykepleier her må bevege seg mellom interesse, men samtidig forsiktighet ovenfor kvinnens ønske om å dele tanker og følelser knyttet til avgjørelsen. Sykepleier skal strebe etter å fremme kvinnens mulighet for å ta en selvstendig avgjørelse, basert på kvinnens egne verdier og synspunkt (Norsk sykepleieforbund, 2019). Dersom sykepleier gir helhetlig og konkret informasjon, vil kvinnen kunne nå en selvstendig avgjørelse, basert på informasjonen som sykepleier legger fram.

Kjelsvik et al. (2018b) hevder at helsepersonell som ikke engasjerer seg i avgjørelsen, bidrar til at kvinnen opplever følelsen av isolasjon. Stålhandske et al. (2011) hever på samme side at flere av kvinnene var misfornøyd med mangelen på emosjonell respons fra helsepersonell. Travelbee (1999) beskriver det innledende møte mellom sykepleier og kvinnen som den innledende fasen for å skape forståelse og grunnlaget for å videreutvikle et menneske-menneske forhold, hvor kvinnen skal få sine behov ivaretatt. Sykepleier må oppmuntre kvinnen til å sette ord på følelser og tanker omkring abortprosessen (Jerpseth, 2016, s. 162). På denne måten vil sykepleiers forståelse for kvinnens opplevelse av situasjonen kunne øke. Samtidig vil sykepleier kunne veilede kvinnen basert på kvinnes behov for informasjon og støtte i situasjonen. Travelbee (1999) understreker at sykepleier må være bevisst på å skille på

egne behov, og ikke overføre sine behov til kvinnen. En bevisstgjøring hos sykepleier vil bidra til at sykepleier møter kvinnen med fokus på at hvert menneske er unikt.

Helsepersonell beskriver møte med kvinner som er ambivalent til valget som utfordrende (Kjelsvik et al., 2018a). Kjelsvik et al. (2018a) fremmer at helsepersonell streber etter å framstå som nøytral i det første møte – og opprettholde en ikke dømmende holdning. Funnene til Stålhanske et al. (2011) bekrefter denne framstillingen, der kvinnene beskriver møte med svensk abortomsorg som rasjonell og nøytral. Sykepleier skal gi nøytral og grundig informasjon i det første møte, men det er til motsetning svært viktig at sykepleier ikke framstår som uinteressert, avvisende og kald. Dette er balansegangen mellom å være aktivt involvert og samtidig ikke påvirke valget som Kjelsvik et al. (2018a) fremhever. Å være seg selv, å være ekte og nær skaper grunnlag for at relasjonen mellom sykepleier og kvinnen blir betydningsfull (Hummelvold, 2012, s. 422). Travelbee (1999, s. 44-45) beskriver at sykepleier i møte med kvinnen bruke seg selv terapeutisk og anvende et bevisst bruk av egen personlighet. For at sykepleier skal kunne bruke seg selv terapeutisk i relasjon til kvinnen er det sentralt at sykepleier er bevisst på egne verdier og holdninger omkring abort.

Det vil være utfordrende å møte kvinnen med en ikke-dømmende holdning dersom sykepleiers verdier taler mot abort. Georgsson et al. (2019) viser til at kvinnene var bekymret for interaksjonen med helsepersonell. Å bli møtt med en dømmende holdning, ikke bli forstått, eller å ikke bli respektert er blant bekymringene jeg tror kvinnene kan ha. Eide & Eide (2017, s. 123) hevder at det første møte vil kunne justere kvinnens og helsepersonells stereotype oppfatning av hverandre. Frykten Georgsson et al. (2019) beskriver kvinnene har for interaksjon med helsepersonell kan også bunne i kunnskap om at samfunnet og enkeltmennesker forøvrig har delte meninger om dagens abortlovgivning (Reynols-Wright, 2012).

Helsepersonell har rett til å søke om fritak fra å assistere ved eller i utførelsen av abortinngrepet, men fritaket gjelder ikke pleie og stell av pasienter før eller etter abortinngrepet (Jerpseth, 2016, s. 161). Erfaringsmessig har jeg ikke opplevd at sykepleier som er imot abort arbeider på avdeling hvor provosert abort gjennomføres. Forøvrig vil det være viktig at helsepersonell som møter ambivalente kvinner har kunnskap om at frykten for interaksjon med helsepersonell er tilstede hos flere av kvinnene. På denne måte vil sykepleier være bevisst for ens egen holdning i møte med kvinnen. Kjelsvik et al. (2018a) fremhever at

helsepersonell beskriver manglende ferdighet og kompetanse til å håndtere de moralske utfordringene i møte med kvinnen. Det er derfor viktig at sykepleiere er bevisst på at helsepersonelloven (1999, §4) uttaler at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand der dette er nødvendig. Et kollegialt miljø preget av drøfting og samtale rundt etiske og moralske utfordringer blant sykepleierne, kan etter min egen erfaring bidra til at sykepleier takler de moralske og etiske utfordringene på god måte. I praksis på gynekologisk avdeling var det rom for å ta opp problemstillinger som hver enkelt fant utfordrende, og personalet fikk støtte og delte kunnskap med hverandre.

Sykepleiere skal i henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleier fremme kvinnens mulighet til å ta en selvstendig avgjørelse (Norsk sykepleieforbund, 2019). Helsepersonells opplevelse av manglende ferdigheter og kompetanse til å håndtere de emosjonelle og moralske utfordringene, i møte med kvinnen kan føre til at sykepleier blir berørt og overveldet (Kjelsvik et al., 2018a). På den andre siden viser evnen sykepleier har til å bli berørt at empati og medfølelse er tilstede i møte. Kjelsvik et al. (2018a) hevder at det er viktig for helsepersonell å understreke at valget må baseres på kvinnens verdier, og at kvinnens beslutning ikke er helsepersonells ansvar. Utgangspunktet for en videre relasjonsutvikling vil bedres dersom helsepersonell og kvinnens stereotype oppfatning av hverandre endres i det første møte (Eide & Eide. 2017. s 123).

5.2 Bekymring og frykt preger interaksjonen med helsepersonell

Et resultat av dårlig kommunikasjon og mistolkning mellom sykepleier og den abortsøkendekvinnen kan føre til at helsepersonell blir beskrevet som kaldhjertet, ufølsom og uprofesjonell (Georgsson et al., 2019). Georgsson et al. (2019) beskriver at kvinnens oppfatning om at helsepersonell ikke bryr seg vil bidra til at kvinnens bekymring og frykt for avgjørelse og gjennomføring av medikamentell abort øker. Hensikten med kommunikasjonen mellom sykepleier og kvinnen er å utforme relasjonen slik at det skapes samtale og fellesskap, til motsetning av det resultatene i studien til Georgsson et al. (2019) viser til. Den profesjonelle kommunikasjonen skal fungere hjelpende, støttende og problemløsende i møte med hvert enkelt menneske og vil fungere mot sin hensikt dersom sykepleier ikke er engasjert i møte med kvinnen. Georgsson et al. (2019) viser til at noen kvinner på den andre siden opplevde følelsen av empati og respekt i møte med helsepersonellet. Kvinnene har dermed svært delte erfaringer i møte med helsepersonell, hvor noen kvinner har følt på trygghet og

ivaretagelse, mens andre ikke. For å skape en støttende og hjelpende relasjon må sykepleier vise interesse ovenfor kvinnen, hennes ønsker, verdier og tanker i prosessen. Ved å vise interesse vil følelsen av isolasjon som Kjelsvik et al. (2018b) beskriver, samt kvinnens opplevelse av helsepersonell som ikke bryr seg og frykt for gjennomføring av abortprosessen kunne reduseres. Kommunikasjonen mellom sykepleier og kvinnen er en del av en prosess hvor man blir kjent med hverandre (Travelbee, referert i Kristoffersen, 2016, s. 34). Sykepleier vil ved å vise genuin interesse ovenfor å bli bedre kjent med henne, samt hvilke behov som er fremtredende i prosessen. Hummelvold (2012, s. 425) støtter Travelbee sin tenkning og sier at helsepersonells kommunikasjon må være oppmuntrende og bestyrkende for at kvinnen skal føle trygghet.

Kjelsvik et al. (2018a) viser til at helsepersonells observasjon og tolkning av kroppsspråk var avgjørende for å avsløre usikkerhet rundt avgjørelsen til kvinnene. Sykepleier må ha kunnskap om at en stor del av kommunikasjonen er non-verbal og kan tolkes ulikt i møte med hvert enkelt individ. Sykepleier må være bevisst på sitt eget kroppsspråk, holdning og stemmebruk under samtale, men må også anvende kunnskap om kroppsspråk for å tolke kvinnen. Eide & Eide (2017) bekrefter viktigheten av Kjelsvik et al. (2018a) sine funn og beskriver egenskapen til å observere og tolke både de verbale og de non verbale signalene som sentral for å forstå hva som kjennes riktig for kvinnen. Bruk av direkte og indirekte spørsmål for å forsøke og avdekke kvinnes usikkerhet beskrives av Kjelsvik et al. (2018a) som et element helsepersonell anvende i forsøk om å avdekke om intuisjonen og tolkning av kvinnen var riktig. I praksis har jeg erfart at sykepleiers tolkning av kvinnen, samt en anvending av åpne spørsmål bidro til at kvinnen i større grad åpnet seg opp. Sykepleier og kvinnen vil gjennom interaksjonen kunne oppleve forståelse av hverandre, og relasjonen vil bli betydningsfull for begge parter. Travelbee (1999, 172) beskriver oppnåelse av gjensidig forståelse og kontakt som en forutsetning for at relasjonen skal danne et menneske-menneske-forhold.

Studien til Geogsson et al. (2019) legger fram at en av kvinnenes bekymringer var hvilke spørsmål de blei stilt av helsepersonellet. Stålhandske et al. (2011) viser på samme side til at kvinnene var positive til at helsepersonell ikke stilte spørsmål om emosjonelle problemstillinger. Eide & Eide (2017) beskriver at en viktig del av å ivareta kvinnene å respektere kvinnens grenser for hva hun ønsker og ikke ønsker å dele. Sykepleier skal strebe etter en balansegang slik at kvinnen opplever at sykepleier er interessert, men samtidig unngå

at samtalen fører til at kvinnene kjenner seg utspurt og klandret slik Georgsson et al. (2019) legger fram. Dersom kvinnen åpner seg er det viktig at sykepleier aksepterer og er tilstede, samt anerkjenner de følelsene og tankene som kommer. Til motsetning skal sykepleier ikke presse kvinnen til å prate dersom hun ikke ønsker og det vil i henhold til yrkesetiske retningslinjer være viktig å respektere dens enkeltes integritet, behov og ønsker (Norsk sykepleieforbund, 2019).

5.3 Verdier i bevegelse

Stålhandske et al. (2011) legger fram at det var vanskelig for kvinnen å opprettholde et nøytralt syn, når de opplevde menneskelig liv under ultralydundersøkelsen. Kjelsvik et al. (2018b) beskriver på samme side at verdier av det ufødte liv mot det levde liv, og spørsmål om fullføring av graviditeten for enhver pris var utfordrende for kvinnene. Sykepleiers evne til å bruke seg selv terapeutisk når kvinnes verdier kommer til uttrykk vil være bestyrkende og tryggende for kvinnen. Travelbee (1999, s. 44) bekrefter at hensikten er å danne et målrettet forhold til kvinnen, for videre og kunne strukturere sykepleieintervensjonene med innsikt i og tolkning av kvinnens betydning av det å være menneske. Sykepleier må forholde seg åpen til de vanskelige følelsene og verdispørsmålene som ankommer. Kvinnenes beslutning om å avslutte svangerskapet skal baseres på kvinnes egne verdier. Dette understreker funnene til Kjelsvik et al. (2018b) som sentralt for at kvinnen skal føle at avgjørelsen er riktig.

Kvinnene beskrev den juridiske grensen for å avslutte graviditeten som belastende (Kjelsvik et al., 2018b). Flere kvinner nevne et ønske om spontanabort for å frigjøre dem for ansvar om å selv fatte en beslutning (Kjelsvik et al. 2018b) Kvinnene beskriver at de først blei bevisst på at det endelige valget var deres, og ikke kunne reverseres i øyeblikket de fikk utdelt medikamentet som avslutter svangerskapet (Stålhandske et al., 2011). Helsepersonell betraktet det som en etisk plikt å trekke tilbake medikamentet dersom kvinnen nølte med å ta den, selv om hun hadde bestemme seg for å gjennomføre aborten (Kjelsvik et al., 2018a). Å trekke tilbake medikamentene dersom kvinnene er usikker, vil kunne bidra til at kvinnen ikke tar et valg som hun ikke er fortrolig og sikker på. Dette tyder på samme siden at helsepersonell har avdekket ambivalens hos kvinnen, som tilsier at kvinnen ikke var helt sikker på valget. Likevel er retten til selvbestemmelse noe kvinnene beskriver de satt stor pris på (Kjelsvik et al. 2018b). Sykepleier må derfor ikke frata kvinnen denne retten dersom kvinnen har nådd en uavhengig beslutning som hun selv mener er riktig. Kjelsvik et al.

(2018a) legger på samme side fram at det var viktig for helsepersonell at valget nettopp var baserte seg på kvinnens egne verdier og ikke var helsepersonells ansvar. Jerpseth (2016, s. 134) understøtter Kjelsvik et al. (2018a og 2018b) og sier at sykepleier må forholde seg til at alle mennesker tenker, handler og lever livene våre ulikt. Jerpseth (2016, s.161) bekrefter at når kvinnen har tatt det endelige valget om å gjennomføre en abort, må sykepleier støtte valget, vise forståelse og respektere kvinnens beslutning.

5.4 Manglende informasjon om fysiske, emosjonelle og eksistensielle aspekter.

Stålhandske et al, (2011) viser til at kvinner beskriver svensk abortomsorg som rasjonell og nøytral, der fysiske problemer dominerer over eksistensielle. Når kvinnen legges inn på avdeling for gjennomføring av medikamentell abort varer prosessen i gjennomsnitt mellom 4-6 timer. Den korte tidsperioden kvinnen er innlagt på avdelingen tilsier at det kan være krevende og oppnå er relasjon bestående av gjensidig forståelse. Mangelen emosjonell respons fra helsepersonell som Stålhandske et al. (2011) beskriver kan ha bakgrunn i den korte tidsperioden sykepleier og kvinnen har til å utvikle relasjonen. For å styrke kvinnens trygghet og tillit til sykepleier vil det derfor være hensiktsmessig at samme sykepleier som møtte kvinnen under forundersøkelsen, følger opp kvinnen under innleggelsen. Fra egen erfaring vet jeg at dette kan være vanskelig å gjennomføre, men min erfaring tilsier at det kan ha en positiv effekt for kvinnen dersom hun opplever kontinuert i oppfølgingen. Georgsen et al. (2019) bekrefter at kvinnene opplevde at for mange helsepersonell var involvert, samt at det var vanskelig å kommunisere med helsepersonellet. Dersom kvinnen forholder seg til en og samme sykepleier vil dette også kunne bidra til at kommunikasjonen lettes, at kvinnene opplever en større grad av emosjonell respons og positiv utviklingen av det gjensidige menneske-menneske-forholdet (Travelbee,1999, s. 44)

I henhold til Georgsson et al. (2019) opplevde kvinnene manglende informasjon om fysisk smerte, sammentrekninger, vaginalblødning, og administrering av vagitorie. Dermed økte frykten for abortprosessen, og kvinnenes fysiske behov ikke blei tilstrekkelig ivaretatt. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund, 2019) vektlegger at sykepleier ikke bare skal gi informasjon, men også sikre seg at informasjonen er forstått. Dette innebærer aktiv lytting for å finne ut hva som er viktig for akkurat henne (Eide & Eide, 2017, s. 83). Samtidig innebærer å lytte aktivt at sykepleier stiller åpne spørsmål, på denne få innsikt i hvilke informasjon kvinnen har oppfattet og på hvilke områder det kan være behov

for ytterligere informasjon. Sykepleier som anvender aktiv lytting vil hun kunne få innsikt i kvinnens smerter, ubehag, tanker og usikkerheter gjennom abortprosessen og på den måten kunne avdekke fysiske, psykiske, emosjonelle og eksistensielle behov kvinnen ytrer, samt behovet for ytterligere informasjon på de ulike områdene.

Georgsson et al. (2019) fremhever at flere kvinner opplevde manglende informasjon knyttet til emosjonelle og psykiske reaksjonene. På samme side kan den manglende følelsen av emosjonell respons fra helsepersonell som Stålhandske et al. (2011) beskriver etter min mening danne grunnlag for å hentyde at fokuset i større grad er rettet mot fysiske behov. I henhold til Stålhandske et al. (2011) sine funn bør etter min mening informasjonen i større grad rettes mot psykiske og emosjonelle utfordringer abortprosessen kan medføre. Dette vil føre til at kvinnen kan være forberedt på at reaksjoner, at behov for refleksjon kan oppstå og at usikkerhet og frykt reduseres. Sykepleiers kunnskap om at den psykiske påkjenningen ved gjennomføring av svangerskapsavbrudd kan være belastende, og at kvinnene kan oppleve blandede følelser med både, angst sorg og skyld, men også lettelse (Broen et al., 2006) bør inkluderes i informasjonen som kvinnene mottar.

Kvinne uttrykker et behov for refleksjon over eksistensielle aspekter og følelsesmessige opplevelse (Stålhandske et al., 2011). Dette er en del av kvinnens helhetlige behov som sykepleier skal ivareta (Norsk sykepleieforbund, 2019). For å møte kvinnens emosjonelle og eksistensielle behov må sykepleier være tilstede for kvinnen (Jattestad, 2019, s.269). Sykepleiers tilstedeværelse og oppmuntring til at kvinnen skal sette ord på følelser og tanker i prosessen, bidrar til å skape innsikt i hvordan sykepleier kan møte behovene kvinnen ytrer. Dersom kvinne på andre siden avstår fra eksistensiell støtte slik Stålhandske et al. (2011) beskriver, vil det være utfordrende for sykepleier å avdekke at kvinnen har et behov for støtte på dette området. Det vil likevel være viktig at sykepleier møter kvinner med åpenhet for de behovene hun har, og viser at hun hører, ser og forstår (Eide & Eide, 2017, s. 83) dersom kvinnen avslår fra samtale om eksistensielle tanker. Kvinnes behov kan likevel være fremtredende på andre områder, og sykepleiers åpenhet og tilstedeværelse kan bidra til at kvinnen ytrer disse behovene. Dersom det skapes en kommunikasjonsprosess hvor kvinnen kan dele sine tanker og følelser med helsepersonell, der sykepleier aktivt lytter vil det bidra til at sykepleier kan hjelpe kvinnene med å mestre erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29) uavhengig av hvilke behov som for hver unike individ er framtredende.

6. Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleier kan utøve sykepleie med fokus på kommunikasjon og relasjon ved ivaretagelse av kvinner som gjennomfører medikamentell abort på sykehus. Mange kvinner har ambivalente følelser og usikkerhet når de ankommer sykehuset. Kvinne har behov for at helsepersonell involverer seg, viser støtte og informerer for å redusere frykt og usikkerhet. Å gi konkret informasjon omhandlende fysiske, psykiske, og emosjonelle og eksistensielle utfordringer som kan forekomme gjennom abortprosessen vil bidra til at sykepleier bedre ivaretar helhetlige behov slik kvinnene beskriver manglede.

Sykepleier må anvende kommunikasjon som et redskap for at kvinnen og sykepleier skal bli kjent med hverandre, danne en relasjon. Kunnskap om tolkning av verbale og non-verbale uttrykk i interaksjonen med kvinnen, vises å være sentral i avdekking av ambivalens. Interesse for å bli kjent med kvinnen må tilstrebes av sykepleier for å oppnå gjensidig forståelse og kontakt. Aktiv lytting bidrar til innsikt i kvinnes tanker, og vil bidra til at sykepleier forståelse for den enkelte unike individs behov gjennom abortprosessen øker. Samtidig vil økt forståelse bidra til at sykepleier kan gi informasjon, støtte, omsorg, slik at kvinnen blir ivaretatt på de omsorgsområdene hun trenger. Basert på tilstrekkelig informasjon vil kvinnen kunne fatte et selvstendig valg basert egne verdier.

Kvinne ytrer behov for emosjonell respons fra helsepersonell og behov for å reflektere over eksistensielle og følelsesmessige opplevelser. Sykepleiers evne til å bruke seg selv terapeutisk, vise empati og medfølelse vil være avgjørende for at følelsesmessige behov blir ivaretatt gjennom abortprosessen. Sykepleier må opprettholde en ikke-dømmende holdning, tross verdispørsmål, moralske og etiske utfordringer. Sykepleiers tilstedeværelse, og bruk av egen personlighet, vil danne grunnlaget for at interaksjonen blir ekte og nær, og kvinnen opplever medfølelse, mestring, støtte og respekt. Behovet for kontinuitet, tilknytning og emosjonell respons krever at sykepleier være tilstede for kvinnen. Det er hensiktsmessig at samme sykepleier følger opp kvinnen, slik at relasjonen styrkes og kvinnen føler trygghet. En gjensidig forståelse og dannelse av et menneske-menneske-forhold, vil bidra til at kvinnen åpner seg opp og ytrer behov uavhengig av om de er preget av fysiske, psykiske eller eksistensielle aspekter. Sykepleier må i henhold til respekt for enkeltmenneske, respektere kvinnes ønsker om hva hun ønsker og dele og ikke. Sykepleiers evne til å forholde seg åpen til følelsesmessige reaksjoner, samt fokusere på at hvert enkelt menneske er unik betraktes som sentral for å ivareta kvinnene gjennom en medikamentell abort.

7. Referanseliste

Abortloven. (1976). Lov om svangerskapsavbrudd. (LOV-1975-06-13-50) hentet fra:

<https://lovdata.no/lov/1975-06-13-50>

Allott, N. (2019, 30.Mai). Kommunikasjon. Hentet fra:

<https://snl.no/kommunikasjon?fbclid=IwAR002ywgghs5eU5KD5V14ZKvXRNwdKqy9Lz%20cyIDDTLCLT5O7F8z19QoeDksg>

Bjørge, L., Løkland, M & Oppegard, K.S (2017, 13.November). Provosert abort. Hentet 18.mars 2020 fra:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/a5d7370e547a4198900ada248f77a6cb/provosert-abort.pdf>

Broen, A.N., Moun, T., Bødkter, A.S & Ekberg, Ø. (2006). Kvinners psykiske reaksjoner på spontanabort og provosert abort. *Sykepleien Forskning*, 2006,1(1.), 24-31).

[10.4220/sykepleienf.2006.0001](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2006.0001)

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Folkehelseinstituttet. (2020, Mars). Rapport om svangerskapsavbrot 2019. Register over svangerskapsavbrot (Abortregisteret). Hentet fra:

<https://www.fhi.no/publ/2020/rapport-om-svangerskapsavbrot--2019/>

Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish web-based exploratory and retrospective qualitative study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 24(5.), 380-389, <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.164733>

Helsebiblioteket. (2016, 3. Mars). Skjekklister. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsebiblioteket. (2016). PICO. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsedirektoratet. (2017, 5. Mai). Abortmetoder. Hentet fra:

<https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder#Abort-ved-hjelp-av-kirurgi>

Helseforskningloven. (2009). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. LOV-2008-06-20-44

Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64) hentet fra:

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hummelvoll, J.K. (2012) Samtale og relasjon. *Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg. kap 16, S. 419-441) Oslo: Gyldendal akademisk

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G.

Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., bind 2, s. 133-168). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jettestad, M. (201). Selvbestemt abort. I Hagetvedt, L., M & Hoan, M (Red.), *Det nye livet: svangerskap, fødsel og barseltid* (3.utg, s. 267-272). Bergen: Fagbokforlaget.

Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope-Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing*, 39(7.), 784-807

<https://doi.org/10.1111/jocn.14612>

Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chealsea, A.C. & Gjengedal, E. (2018). Women's experiences when unsure about wheter or not to have an abortion in the first trimester. *Healt care for women international*, 2018(27.), 4192-4202.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>

- Kristoff, A. (2016). Kapittel 20 - Sykdommer knyttet til svangerskap og fødsel. I S. Ørn, & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg, s. 421-440). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016) Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I Kristoffersen N.J., Nordtveit, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G.H (Red.), *Grunnleggende sykepleie – fag og funksjon: Pasientfeomener, samfunn og mestring* (3.utg, bind 3, kap. 19. s.15- 80.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lønnå, E. (2019, 15. Juni). Abortkampen. Hentet fra: <https://snl.no/abortkampen>
- Nesheim, B-I. (2019). Abort. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/abort>
- Norsk sykepleieforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Reynolds-Wright, J. (2012). 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/familyplanning/39/1/51.full.pdf>
- Språkrådet. (2019). Ivareta. I *bokmålsordbok*. Hentet fra: <https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=ivareta>
- Stålhandske, M. L., Ekstrand, M. & Tydén, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 35- 41. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.545457>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I.-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskiving (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

8. Vedlegg

VEDLEGG 1 – Pico skjema

• kunnskapsbasert praksis



PICO - Et verktøy for å formulere presise spørsmål

P: Pasient/Problem	Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?	Abort, abortion, medical abortion, induced abortion
I: Intervention	Hva er det med denne pasientgruppen som du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?	Ivaretakelse, sykepleie, nursing, relasjon, kommunikasjon, experience, Ambivalence
C: Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? i så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).	
O: Outcome	Hvilke endepunkter/utfall er du interessert i?	Ambivalence, experience, sårbarhet, care, ivaretakelse, respekt

VEDLEGG 2 – Litteraturmatrise

Artikkel tittel Forfatter(e) Publiseringsår.	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p>Artikkel: Walking on a tightrope- caring for ambivalent women considering abortion in the first trimester.</p> <p>Forfattere: Kjelsvik, Tveit, Moi, Aasen, & Gjengedal</p> <p>Publiseringsår: 2018</p>	Forbedre helsepersonells forståelse og kompetanse i møte med abortsøkende kvinner som er ambivalent til valget.	Kvalitativ design. Fenomelogisk hermenautisk analyse. Fokusgruppeintervju.	Helsepersonell fra ulike avdelinger og klinikker i Norge. 19 sykepleiere og 1 lege. Alder 24-60år Alle deltagerene var kvinner og hadde arbeidet på gynekologisk avdeling mellom 3 måneder og 33år.	Helsepersonell kjente seg ansvarlig for å avsløre ambivalens og usikkerhet hos kvinnene. Helsepersonell beskriver en vanskelig balanse mellom å være aktivt involvert, men ikke påvirke kvinnes avgjørelse. Manglende ferdigheter førte til at moralske og etiske utfordringer var vanskelig å håndtere. Helsepersonell blei konfortert med egne verdier i møte med kvinnen.
<p>Artikkel: Women´s experiences when unsure about wheter or not to have an abortion in the first trimester»</p> <p>Forfattere: Kjelsvik, Tveit, Moi, Aasen, Chelsea & Gjengedal</p> <p>Publiseringsår: 2018</p>	Skape innsikt i kvinners erfaring når de må ta et valg, men er usikker på å om de skal gjennomføre provosert abort eller ikke.	Kvalitativ metode. Fenomelogisk hermenautisk analyse. To intervju, et før og et etter avgjørelsen om aborten skulle gjennomføres.	Kvinner over 18år, gravid i første trimester som er usikker på om de skal gjennomføre en abort eller fortsette svangerskapet. 13 norske kvinner. Alder 18-36år.	Kvinnene uttrykte svingende følelser og endret tankesett til graviditeten. Valget om å avslutte svangerskapet eller ikke var belastende og preget av en vanskelig balanse mellom å ta en selvtendig avgjørelse, men samtidig involvere andre. Kvinnene beskriv framtreddende verdier om det ufødte liv mot det levde.
<p>Artikkel: «Womens existential experiences within Swedish abortion care»</p> <p>Forfattere: Stålhanske, Ekstrand & Tydén</p> <p>Publiseringsår: 2011</p>	Å utforske kvinnenens erfaring med abortomsorg i henhold til deres behov for eksistensiell støtte.	Kvalitativ metode. Spørreskjema og individuelle dybdeintervju.	Alle kvinner med tidligere erfaring fra gjennomføring av abort i svensk helsevesen kunne delta. 24 kvinner deltok.	Kvinnene var missfornøyd med helsepersonells manglende emosjonelle respons. De medisinske perosedyrene framkallte eksistensielle erfaringer. Abortomsorgen blir beskrevet som rasjonell og nøytral der fysiske problemer dominerer over eksistensielle. Kvinnene var i ulikt grad involvert i abortprosessen.

<p>Artikkel: «Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish web-based exploratory and retrospective qualitative study»</p> <p>Forfattere: Georgson, Krautmeyer, Sundqvist & Carlsson</p> <p>Publiseringsår: 2019</p>	<p>Å undersøke kvinners bekymringer, frykt og beredskap knyttet til å ha gjennomført en provosert abort.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Nettbasert utforskende og retrospektiv undersøkelse.</p>	<p>Undersøkelsen var anonym og publisert i forum der alle mer erfaring fra abort kunne besvare undersøkelsen.</p> <p>185 kvinner besvarte undersøkelsen.</p>	<p>Kvinnene opplevde manglende informasjon om psykiske og emosjonelle reaksjoner. Bekymring for interaksjon med helsepersonell, samt frykt for gjennomføring av abortprosessen var framtrede.</p> <p>Kvinnen beskriver uventet dårlig støtte fra helsepersonell og beskriver helsepersonell som kald, ufølsom og uprofesjonell.</p> <p>Kvinnene beskriver at for mange helsepersonell var involvert, og at dette bidro til økt usikkerhet.</p>
---	--	---	--	--