



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 325

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 5373

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 10

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

Hvordan kan sykepleier skape nærhet i relasjonen til kvinner som gjennomgår IVF-behandling i de korte møtene, sett ut ifra et omsorgsperspektiv?

How can nurses create closeness in the relation with women undergoing IVF-treatment in the short encounters, seen from a care perspective?

Kandidatnummer 325

Sykepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse-og sosialvitenskap

Innleveringsdato 22.05.2020

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.*

Abstract

In this essay I have focused on nurse's interpersonal encounters with women undergoing assisted fertilization, and what factors that can strengthen this interpersonal relationship in treatment seen from a care perspective. Through a story about an intended course of treatment, I want to give an insight into the challenges that can arise in these short meetings between nurses and the women who undergo such an existential life crisis. And at the same time highlight and challenge the nurse's role as caregiver in the relationship. When the course of treatment for the woman may feel like a roller coaster ride in the dark, with only small glimpses of light in the process, the nurse's approach will be of great importance for further mastery. By focusing on communication as a means of making the woman feel safe and confirmed in the relationship, the nurse can approach the woman with a therapeutic use of self in supporting hope and courage to find meaning in this crisis.

Innhold

Undring er en lengsel etter å vite.....	3-4
Det første møtet.....	4
Omsorg, sykepleiens verdigrunnlag.....	5
Den infertile kvinne.....	5-6
Forventninger til egen kropp.....	6
In Vitro Fertilisering.....	7
Å plutselig stå i en krise.....	7-8
Bygget på barmhjertighet, omsorg og respekt.....	8
Det første forsøket.....	9
Møtene mellom den infertile kvinne og sykepleier.....	9
Utfordringer gjennom forløpet.....	10
Alle eggene i en kurv.....	10-11
Behovet for omsorg og kommunikasjon.....	11-13
Nonverbal Kommunikasjon.....	13-14
Terapeutisk Nærvær.....	14-15
Å bruke seg selv terapeutisk.....	15-16
Å finne mening og håp.....	17-18
Referanseliste.....	19-21

Undring er en lengsel etter å vite

For å kunne reflektere og diskutere problemene om hvordan sykepleier kan tilnærme seg, og bruke seg selv for å støtte kvinner som gjennomgår In-Vitro-Fertilisering (IVF) velger jeg å ta i bruk essay som metode. Ønsket om å skrive essay kommer av at jeg kan stå fritt til å erfare og reflektere over ett emne som engasjerer meg. Og jeg har som mål å få en dypere forståelse av hvordan jeg som sykepleier kan møte mennesker i kriser i de mellommenneskelige møtene. Ifølge Bech-Karlsen (2011 s. 70-107) er essayets fortellinger bygget på erfaringer i virkeligheten, hvor man skal gjøre andres erfaringer til sine egne, hvor essayisten så gjennom kritisk refleksjon analyserer og skriver for å lære ny kunnskap. Jeg har etterstrebet å anonymisere menneskene som er med i historiene, og navnene på paret som er med i fortellingene er fiktive.

Fertilitetsraten er nedadgående i de skandinaviske landene, tross at dette er land hvor myndigheten legger til rette for likhet mellom kjønnene i arbeidslivet i form av muligheten for at alle kan ta høyere utdanning, ta ut lang foreldrepermisjon og rimelige barnehager til eksempel (Iversen & Rosenbluth 2010, s. 81-105). Forklaringen kan være at kvinnene i land med demokratier som legger til rette for likhet investerer mye tid og innsats i utdannelsen, og naturlig nok utsetter det å få sitt første barn. Men på samme tid kan man ikke se frem i tid, og de eventuelle problemer som oppstår. En kan tenke seg at det er riktig å bruke tid på å legge til rette for at de forhold rundt det å få barn er så optimale som overhodet mulig, for å skape stabilitet og trygghet. Er det en oppfatning i dagens samfunn at det å bære frem ett barn er en selvfølgelighet som skjer når man først planlegger at det kan skje, i og med at vi til en viss grad kan planlegge det meste ellers?

Så hva sier forskningen om hva kvinnene selv etterlyser, hva vektlegges i møte med sykepleier mens de gjennomgår behandling? I ett kvalitativt studie utført av Cunningham & Cunningham (2013, s.3428) kommer det frem i dybdeintervjuer av kvinner som gjennomgår IVF-behandling at de vektla sykepleiers psykososiale ferdigheter som av stor betydning i deres opplevelse av behandlingen.

Videre utdyper forskerne at denne pasientgruppen gjennomgår en kompleks overgangsfase i livet, hvor sykepleier bør vektlegge å være oppmerksom på å møte kvinnens omsorgsbehov som innbefatter et nett sammenvevd av både av de fysiske, psykiske, åndelige og sosiale aspektene (Cunningham & Cunningham 2013, s. 3435).

For å finne svar på hvordan sykepleier kan svare med omsorg i relasjonen velger jeg å ta utgangspunkt i Travelbee's omsorgsperspektiv på sykepleie. Som fokusere på pasientens opplevelser og erfaringer, og den mellommenneskelige prosessen i møte med sykepleier som et middel for å oppfylle den sykes behov for omsorg (Kirkevold 2009, s. 116)

Det første møtet

Ett par ved fertilitetsklinikken kommer inn på legens kontor, de hilser, smiler og sier at det er greit at sykepleiestudenten er med på konsultasjonen – nervøse og spente i blikket, setter de seg på stolene ovenfor gynekologen. «Så hva kan jeg hjelpe dere med?», «Vi ønsker å få barn sammen, vi har prøvd i over ett år nå på egenhånd, uten resultater» - sier mannen. Legen spør om de bor sammen «Ja, vi giftet oss jo i sommer og har kjøpt oss hus, så nå er vi begge klare for barn, jeg har vært klar for å bli gravid lenge» -sier kvinnen ivrig. «- Kanskje dere trenger litt hjelp på veien, det kan være at dere bare er en dårlig match sånn rent fysiologisk». Etter en gynekologisk undersøkelse av kvinnens livmor og sjekk av mannens spermaprøve konkluderer lege med at det ikke er helt optimale forhold, «i og med at dere har prøvd i ett år så råder jeg dere til å få litt hjelp på veien». Paret blir sendt inn på kontoret til en av sykepleierne for videre informasjon om de ulike behandlingene klinikken tilbyr, og om hvilket alternativ som er mest aktuelt for dem. Etter dette møtet ble det vekket en nysgjerrighet i meg, om sykepleier som profesjonell omsorgsgiver kan påvirke forløpet videre, og hvordan sykepleier kan innvirke og styrke pågangsmotet til å mestre dette vendepunktet. Derfor er min hovedundring om hvordan sykepleier kan gi omsorg i de korte møtene med kvinner som gjennomgår IVF-behandling, og gjennom relasjonen støtte opp om håp og livsmot i krisen?

Omsorg, sykepleiens verdigrunnlag

Jeg sitter igjen med tanker om at dette paret i møtet med legen følte seg sårbare. Det var også slik jeg tolket deres kroppsspråk, selv om deres verbale språk ikke tilsa det samme. De stod nå i en posisjon hvor de kanskje kan ha følt seg utlevert, og naken. Mangelen på kontroll, hvor følelsene raste innenfor det tilsynelatende kontrollerte ytre. Hvor de to har innsett hvor avhengig de plutselig er blitt av andre, for å lykkes med å få barn. Jeg undres over hvilken betydning møtet med sykepleier kan ha for opplevelsen videre i forløpet.

For å finne svar på dette velger jeg å ta utgangspunkt i sykepleiers verdigrunnlag, som jeg mener igjen vil komme til uttrykk i sykepleiers holdninger og handlinger. For å definere hva sykepleie er vil jeg trekke inn sykepleieteoretiker Kari Martinsen definisjon av sykepleie. Som beskriver sykepleie som et fag som er bygget på omsorg, at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskeliv, hvor vi aller er avhengige av hverandre (Kirkevold 2009, s. 169).

Ifølge Martinsen referert i Kirkevold (2009, s.169) trer denne avhengigheten tydelig frem i situasjoner der sykdom og lidelse er tilstede. Denne fundamentale menneskelige avhengigheten understreker betydningen av omsorg for den syke i relasjonen mellom sykepleier og pasienten. Omsorg er ifølge denne filosofien grunnfestet som sykepleiens viktigste verdigrunnlag (Kirkevold 2009, s. 169).

Den infertile kvinne

Den mest fruktbare perioden for kvinner er mellom 20 og 30 år, hvis man utsetter å få barn etter dette kan konsekvensene bli at det ikke blir så lett å få barn når man først ønsker det (Sundby & Guttormsen 2003, s. 25). Jeg velger i denne oppgaven å fokusere på kvinner som gjennomgår IVF-behandling, siden det er hennes kropp som gjennomgår de fysiske inngrepene av behandlingen. Så hvem er den infertile kvinne? Ifølge gynekolog Sundby og lege innen voksenpsykiatri Guttormsen (2003, s. 127) møter de kvinner som er mellom 30-40 år, i stabile forhold, som har stabil økonomi og som har utrettet det meste av sine mål i livet.

Det er kvinner som er vant til å løse egne problemer selv og å mestre den motgangen de møter (Sundby & Guttormsen 2003, s. 127). De er altså ressurssterke kvinner som kanskje har vært vant til å ha kontroll i livet sitt, før de møter på den eksistensielle utfordringen med å få egne barn. Er det først når man ikke klarer å bli gravid at ønsket om barn blir så sterkt? Kvinnene lever plutselig i uvisshet om man kan få egne barn eller ikke, de er i kategorien ufrivillig barnløse. infertilitet og ufruktbarhet er de medisinske betegnelsene på ufrivillig barnløshet (Sundby & Guttormsen 2003, s. 21). Som betyr at man ikke har blitt gravid etter ett år med prøving, og hvor paret kanskje ikke får dette til på egenhånd, disse begrepene innebærer at det er et håp om det motsatte (Sundby & Guttormsen 2003, s. 21).

Forventninger til egen kropp

Det kan være mange grunner til at par ikke blir gravide på egenhånd, de aktuelle fysiske årsakene hos kvinnen kan ifølge gynekolog Hanne Sundby (Sundby & Guttormsen 2003 s. 74-75) være forstyrrelser i det kompliserte samspillet i utskillelsen av de kvinnelige hormoner. Medfødte misdannelser i eggledere og livmor, eller grunnet tidligere infeksjoner i skjeden eller arrvev som følge av betennelser som hindrer egget på vei ned i egglederne (Sundby & Guttormsen 2003, s. 74-75). Jeg undrer meg om kvinner som har ett ønske om å få egne barn ville overveid å få barn tidligere om de hadde vært tilstrekkelig opplyste om hvordan fruktbarheten avtar med alderen og om de faktorer som kan hemme fruktbarheten.

Å få beskjed om at den delen av kroppen som potensielt skal kunne bære frem et barn ikke fungerer slik det skal kan gi store brister i selvbildet og fremkalle følelser av tap, Tap av noe en ikke kjenner, men som for mange ses på som selve meningen med livet (Schmidt & Pinborg 2012 s. 108). En endret eller negativ holdning og opplevelse av ens egen kropp kan forsterkes når kvinnen gjennomgår IVF- behandlingen, hvor det bygges opp store forventninger om at kroppen skal prestere når man har planlagt forsøkene.

In Vitro Fertilisering

I forbindelse med denne oppgaven hospiterte jeg ved en fertilitetsklinikk hvor jeg fikk møte par som ønsker utredning, og eller trengte hjelp til å bli gravide ved å ta i bruk teknikker for kunstig befruktning.

Det å ta i bruk kunstig befruktning for å oppnå graviditet har økt kraftig. I løpet av 2017 ble det utført assistert befruktning på 5825 norske par, andelen som får hjelp til å få barn er neste doblet på ti år, av disse var 70 % av parene mellom 31-40 år (Sykepleien 2018).

Klinikken jeg hospiterte ved spesialiserer seg på kunstig befruktning, blant annet ved hjelp av In Vitro-fertilisering, som betyr befruktning «i glass», altså hvor selve befruktningen skjer utenfor kroppen i en petriskål på et laboratorium. Spermier, egg og embryoer gjennomgår sårbare og systematiske prosedyrer hvor egne embryologer varsomt håndterer kjønnsceller og legger til rette for befruktning. Ferdige embryoer av god kvalitet blir så satt inn igjen i det beskyttede spesialiserte miljøet i livmoren til kvinnen. Kvinnen gjennomgår behandling for modning av egg i forkant, og etter uttak av egg må hun fortsette videre på hormonbehandling for å gjøre kroppen kunstig klar for å kunne ta vare på det embryoet som blir satt inn igjen i livmoren hennes. Hun gjennomgår altså en belastende prosess, og kvinnens stressnivå er stigende i den perioden hun gjennomgår IVF-behandlingen (Schmidt & Pinborg 2012 s. 110).

Å plutselig stå i en krise

For å finne svar på hvordan sykepleier kan gi omsorg i relasjonen, tenker jeg at det er vesentlig å forstå kompleksiteten av forløpet som kvinnen gjennomgår, og hvilken betydning dette har for selvet. Er det sånn at forløpet i det å bli gravide gjennom IVF-behandling fremkaller følelser som nederlag, og det å ikke strekke til? Krisen består ikke bare av det potensielle tapet av det ufødte barnet, men også når det kommer til det eksistensielle plan, planer for fremtiden, identitet, selvforståelse og mulighet for tilfredsstillelse i livet (Cederberg 2006, s. 64). Men barnløshet er ikke fysisk hemmende, i form av sykелighet og død, men det kan føre til psykisk sykdom som følge av infertiliteten (Sundby & Guttormsen 2003, s 225-226).

Krisen kan altså ramme kvinnen og vedvare over flere år, hvor kvinnen blir rammet på det psykiske plan, og kan dermed sammenlignes med det å ha en sykdom. En kronisk usikkerhet og påkjenning som kanskje ikke deles med så mange andre enn de aller nærmeste.

Cederberg (2006 s. 64) mener at det å være ufrivillig barnløs kan settes i samme kategori som det å bli rammet av sykdom og plutselig invaliditet, på grunn av fertilitetsbehandlingen man må gjennomgå.

Å yte tilstrekkelig hjelp i en slik krise byr på mange utfordringer, for jeg undrer meg om det å være ufrivillig barnløs blir definert som en kronisk krise av andre enn for de som lever midt oppe i denne krisen? Når de som gjennomgår krisen i utgangspunktet kanskje blir sett på som ressurssterke mennesker som skal kunne stå godt rustet til å takle denne krisen på egenhånd. Om dette er tilfelle tenker jeg at betydning av sykepleiers rolle i forløpet forsterkes, i og med at hun skal møte behovet for omsorg i en profesjonell relasjon.

Bygget på barmhjertighet, omsorg og respekt

Nysgjerrigheten min ble forsterket når jeg setter denne pasientgruppen i sammenheng med sykepleiers rolle og ansvar. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene (NSF 2019) som gjelder samhandlingen mellom sykepleier og pasient paragraf 2.2 er sykepleiers oppgave å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Videre i paragraf 2.10 har sykepleier også ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF 2019).

Disse pålagte yrkesetiske retningslinjene favner om så mange aspekter og setter tilsynelatende store krav til det mellommenneskelige forholdet i de korte møtene i sykepleiers møte med den enkelte kvinne. Med tanke på at kvinnen mulig lever i en krise som rammer alle de menneskelige aspektene, i tillegg til de fysiske påkjenningene, undrer jeg om disse korte møtene er tilstrekkelig for at sykepleier kan hjelpe kvinnene med å understøtte håp, mestring og livsmot.

Det første forsøket

Paret bestemmer seg for å sette i gang med prøverørsbehandling, og har kjøpt en pakke på tre forsøk for å høyne sjansene sine for å bli gravide. Ved det første forsøket blir jeg med ved innsettingen av det befruktete egget, paret holder hverandre i hendene mens hun ligger med beina høyt i gynekologstolen. Mannen ser håpefull ut, og alle i rommet tenker, om dette bare kan være det egget som gir oss/dem det barnet de så sårt ønsker seg. Når inngrepet er over møter paret sykepleier på pasientrommet, «da håper vi på det beste» -sier sykepleieren optimistisk.

Kvinnen er litt i kavet og stiller en del spørsmål om hvor store sjanser det er for at det går på første forsøk. «Nå kan vi ikke gjøre annet enn å vente, og håpe på det beste, husk å vent med å ta graviditetstesten til det har gått fjorten dager, hvis ikke kan du få feil svar - og jeg vet at det blir noen lange dager frem til da, men prøv å gjør gøy ting i mellomtiden, for å få tiden til å gå litt fortere. Prøv å lev så normalt som mulig».

Møtene mellom den infertile kvinne og sykepleier

Kan sykepleier understøtte en form for forutsigbarhet i forløpet for å gjøre det lettere for å kvinnen å leve med krisen i det daglige? Sykepleier møter kvinner som ønsker å bli gravide når hun gjennomgår behandling for å bli gravid. Møtene blir ofte forholdsvis korte siden kvinnen som regel skal gjennomgå en medisinsk behandling når hun er innom klinikken. De Møtene jeg observerte ved fertilitetsklinikken mellom kvinnen og sykepleier bestod ofte av formidling av informasjon om, og planlegging av hvordan behandlingsforløpet vil gå for seg.

Ifølge Håkonsen (2006, s. 13) er opplevelsen av mestring av livets utfordringer muligens den enkeltfaktoren som har størst betydning for velvære og for god helse, at man har en følelse av en personlig kontroll, og selv har innflytelse på eget liv til å gjøre endringer. De fysiske inngrepene i kvinnens kropp kan få det hele til å kjennes instrumentelt, utav hennes kontroll. I kontrast til hvordan et barn fra naturens side blir unnfanget, gjennom nærhet, mellom to individer som er glad i hverandre.

Utfordringer gjennom forløpet

Gjennom sykepleiestudiet lærer man om hvordan de fysiologiske stressresponsene påvirkes både av tankemessige og følelsesmessige faktorer, og hvor nært dette har sammenheng med om man opplever mestring og kontroll. Hvis man opplever mestring og kontroll uteblir de negative opplevelsene og belastningen av stress, men dette forutsetter at man har krefter og energi nok til å stå imot disse påkjenningene (Håkonsen 2006, s. 14). Det vil da være vesentlig at sykepleier prøver å kartlegge hvordan den enkelte kvinne opplever sin situasjon og hvordan hun selv føler at hun mestrer situasjonen og de fysiske og/eller psykiske påkjenninger hun opplever når hun gjennomgår behandlingen.

Men det at hun må gjennomgå behandling for å bli gravid betyr jo også at det er stor usikkerhet omkring det om hun i det hele tatt kan bli gravid. Denne opplevelsen av usikkerhet kan gjøre at kvinnen føler at hun har liten kontroll over situasjonen og føler at det kan være vanskelig å mestre sin livssituasjon og selve behandlingsforløpet. Dette kan forsterkes hvis kvinnen klandrer seg selv, at det er hun og hennes kropp som svikter. Håkonsen (2006 s. 15) mener at sykepleier kan være med på å endre pasientens attribusjonsmønster. I denne sammenheng hvordan kvinnen selv oppfatter de stressorene hun har knyttet til det å ikke bli gravid. Gjennom å gi kvinnen økt kunnskap om behandlingen kan sykepleier også styrke kvinnens opplevelse av forutsigbarhet og følelse av kontroll, som kan bidra til mestring (Eide & Eide 2011, s. 293). Sykepleiers kunnskap og evne til formidling vil da være avgjørende for om kvinnen forstår og tilegner seg kunnskapen som er nødvendig om forløpet.

Alle eggene i en kurv

Lisa ringer fjorten dager senere og utbryter i ekstase «Jeg er gravid! Testen viser positiv, streken viser litt vagt, men det er nok fordi det er så tidlig i svangerskapet». – «Gratulerer så mye!» svarer sykepleieren. «Jeg ønsker å komme inn på tidlig ultralyd for å se til at alt er som det skal». Noen dager senere ringer Lisa inn igjen «Hei, jeg er så bekymret, jeg gikk en tur i går, og skled på en stein og klarte dermed å falle rett på rumpa, tror du at dette kan ha

skadet fosteret?». «Nei det har sikkert gått helt fint, fosteret ligger trygt inne i magen din, godt beskyttet, det har nok gått helt fint».

Ett par dager før den første ultralydundersøkelsen ringer mannen til Lisa, han er rolig og kontrollert i stemmen «Lisa har abortert, hun ville at jeg skulle ringe». Paret blir bedt om å komme innom klinikken for å ta en cytotec-behandling, medisiner som fremprovoserer sammentrekning av livmoren for at aborten skal bli fullstendig. Paret kommer inn på sykepleierens kontor og nikker bekreftende at det er i orden at jeg følger med. Sykepleieren ber dem sette seg og setter i gang med å forklare hvordan man skal ta tablettene, at noen skal tas oralt og andre vaginalt. Igjen sitter jeg på skrå ovenfor Lisa, det er tydelig at hun tviholder tårene tilbake, men kinnene hennes er helt rosa og hoven, det samme er øynene, røde etter gråt og fortvilelse. Lisas blick møter mitt, det er tydelig at det er krevende å sitte å snakke om dette. Hun unngår å møte blikket mitt flere ganger gjennom konsultasjonen. «Det er selvfølgelig alltid leit når dette skjer, men det positive opp i alt dette er at dere klarte å bli gravide, selv om dere har det vanskelig nå, så er sjansen økt for at dere lykkes ved neste forsøk» sier sykepleieren. «Jeg tror jeg er i sjokk, jeg tror jeg trenger litt tid» - sier Lisa og er blank i øynene og på samme tid fraværende i blikket.

Behovet for omsorg og Kommunikasjon

Jeg ser tilbake og kjenner på en utilstrekkelighet i dette møtet, selv om jeg bare satt der som en passiv tilskuer. Så kjente jeg at jeg så inderlig skulle ønske at jeg kunne ha hjulpet Lisa gjennom lidelsen. Istedenfor var tilsynelatende fokuset på prosedyren, ikke tapet av det ufødte barnet.

Hvordan kan sykepleier formidle omsorg i en slik situasjon? Travelbee (1999 s. 135) mener at sykepleiers viktigste redskap er kommunikasjon, hvor kommunikasjon er en forutsetning for å danne et menneske til menneske forhold, som er en gjensidig prosess hvor begge parter deler tanker og følelser. Sykepleierne jeg møtte ved fertilitetsklinikken var dyktige i sin kommunikasjon, de rettet tydelig oppmerksomheten mot kvinnene, de gav rom for åpenhet, lyttet og viste empati til tross for at de hadde begrenset med tid til de psykisk og åndelige aspektene. Gjennom kommunikasjon med pasienten kan sykepleier formidle sine verdier,

holdninger, gjennom kroppsspråket kan sykepleier også lære å formidle tilstedeværelse og utvikle sine empatiske ferdigheter (Håkonsen 2006 s. 94- 105). For å illustrere betydningen av det å kunne dele det som er vanskelig velger jeg å ta med diktet «omsorg» av Stig Mehren (Eide &Eide, s. 32):

Omsorg

*Langt inne i språket, syv stemmer innenfor
den stemmen vi tror vi kjenner finnes det
ord som er så såre
at vi skjelver når vi bruker dem
som når en fugl, med lette vinger
stryker over en munn som forsøker å
rykke selve sorgen opp med roten
ved å si de aller enkleste tingene*

Hvordan gir man ett annet menneske omsorg i krisen? Ved å la dem dele byrden, la dem åpne seg opp og la dem fortelle om det som går og gnager dem i sønder. For å yte omsorg må man også selv åpne seg opp, og vise vilje til å innstille seg på den andre, ha nærhet til egne følelser, og mot og evne til å forstå og finne måter å nå frem til den andre på (Eide&Eide 2011 s. 32).

I de korte møtene kan dette by på utfordringer, og desto viktigere blir det da å skape et tillitsforhold tidlig, i de første møtene. Ut ifra kroppsspråket fra flere av parene jeg møtte på fertilitetsklinikken var det etter min tolkning et ømt og intimt tema å snakke om sin egen befruktningsevne, med ett nytt fremmed ansikt i rommet. Min tilstedeværelse skapte tilsynelatende både forlegenhet og følelser av skam, spesielt når det gjaldt par som var inne for sin første konsultasjon.

Hvis kroppsspråket kan si oss så mye, er det av betydning å reflektere over hva mitt kroppsspråk sa dem. Det kan tenkes at deres forlegenhet førte til at jeg reflekterte en usikkerhet i min rolle som sykepleierstudent, som kan ha forsterket deres følelse av å kjenne seg utilpass. Hvis man klarer å få den andre til å snakke om bekymringer og følelser rundt sine problemer med åpenhet i relasjonen, kan det skape en forløsning. Slik som Mehren skriver i diktet sitt, «å rykke selve sorgen opp med roten» ved bare å få satt ord på det som er betregnt. Det å tilegne seg gode kommunikasjonsferdigheter vil dermed bli en sentral ferdighet å mestre for å møte kvinnens omsorgsbehov, at hun føler seg sett, hørt og tatt på alvor.

Nonverbal kommunikasjon

Følelsesmessig kommunikasjon formidles ofte mest effektivt gjennom kroppslige signaler, ved bruk av nonverbal kommunikasjon, det er kanskje ikke like lett å få den andre til å sette ord på det som er vanskelig (Rokstad & Smedbye 2008, s.91). En forutsetning for å vise den andre empatisk nærvær er å lære å lese den andres kroppsspråk, for så å speile og synkronisere den non verbale kommunikasjonen opp mot den andres følelser, såkalt affektiv inntoning, (Eide&Eide 2011, s. 48). Men den non-verbale kommunikasjonen kan i noen tilfeller være vanskelig å fortolke, slik som Lisas unnvikelse av mitt blikk når vi satt sammen på kontoret etter at hun hadde spontanabortert. Jeg kjente umiddelbart på en trang til å reflektere hennes nonverbale kommunikasjon ved å prøve å diskret å begrense blikkontakten oss imellom.

Det var naturlig å automatisk speile hennes følelser. Jeg tolket det som at hun uttrykte til meg gjennom sitt kroppsspråk, at hun hadde det veldig vanskelig, at hun kjente på mange vonde følelser. Og at det var er vanskelig å dele dette med ett menneske hun ikke hadde opparbeidet et tillitsforhold til.

Den nonverbale kommunikasjonen kan fort bli uklar, kanskje unnvikelsen av mitt blikk heller handlet om at hun prøvde å rette fokuset mot sykepleierens viktige informasjon om etterbehandlingen, og at hun hadde vansker med å konsentrere seg etter dagens triste

hendelse. Ved å lære seg å reflektere den andres følelser kan en gjennom non-verbal kommunikasjon på en effektiv måte vise at man ser dem og deres følelser.

Å vedkjenne at de lever i en vanskelig krise, anerkjenne den store elefanten i rommet, uten at de selv kanskje trenger å sette så mange ord på sorgen. For det er av stor betydning at den som gjennomgår livskrisen føler seg sett, uansett om hun føler på kaos eller kontroll er dette en del av prosessen. Sykepleier må vise varhet og forståelse for pasientens behov, og disse må stå i fokus og er av stor betydning for videre mestring (Renolen 2010, s. 177)

Terapeutisk nærvær

«En sykepleier som kan bruke seg selv terapeutisk, bruker sin egen personlighet, og egne kunnskaper bevisst for å oppnå et forhold til den syke, for å strukturere sykepleieintervensjonen» (Travelbee 1999, s. 150)

Men hva gjør sykepleiers rolle så unik i møte med den infertile kvinnen i forhold til annet helsepersonells møte? Sykepleier skal ikke bare koordinere og undervise om forløpet i IVF-behandlingen, men har også ansvaret for å støtte pasienter gjennom de psykososiale utfordringene. Mange pasienter opplever lav selvtillit, og mangel på kontroll mens de gjennomgår IVF-behandlingen (Stevenson & Hershberger 2016, s.301). Sykepleier er en så sentral støtte i behandlingen fordi hun skal være den som er tilgjengelig, og som pasienter kan gå til med spørsmål og eventuelle bekymringer underveis (Stevenson & Hershberger 2016, s. 301).

Dette gjør sykepleiers rolle så unik som støtteperson i den mest sårbare delen av den andres livskrise. Både igjennom de fysiske belastningene av behandlingene, men ikke minst gjennom den emosjonelle krisen. I ettertid ser jeg at sykepleieren som skulle veilede Lisa og hennes partner igjennom etterbehandlingen av spontanaborten hadde mest fokus på det fysiske i sin verbale kommunikasjon. Men hun la til underveis at hun forstod at dette var vanskelig, og jeg observerte en sårhet i blikket til sykepleieren, som signaliserte at jeg ser deg, og kan forstå hvor vondt dette må være. Kanskje det bare trenger å være slike subtile, underforståtte signaler man trenger å utstråle for å gi nærhet og trøst.

Å bruke seg selv terapeutisk

Joyce Travelbee utdyper:

For å kunne bruke seg selv terapeutisk må man ha mot, å tørre å være ydmyk – og å hente styrke i det å vise ydmykhet. Det betyr å bry seg, og dermed påføre seg selv en sårbarhet, men en sårbarhet som kjennetegner den sterke, den som ikke er redd for å være et ekte menneske, en terapeutisk tilnærming kan oppsummeres som en forpliktelse og en bekreftelse. (Travelbee 1999, s. 43-46).

Kan man gi trøst og omsorg uten å selv vise sårbarhet, eller er det å stille seg selv i en slik posisjon uprofesjonelt? Håkonsen (2006 s. 124) oppsummerer at det å være profesjonell i en terapeutisk relasjon betyr at en både har distanse til situasjonen og er i stand til å gjøre faglige vurderinger og handlinger. Og samtidig at man gjennom sin menneskelighet og omsorg skaper nærhet og kontakt som gjør relasjonen mulig (Håkonsen 2006 s. 124).

Ut ifra Travelbees perspektiv tolker jeg det som at det å vise menneskelig sårbarhet er noe som er uunngåelig hvis man skal kunne skape en-menneske til menneske relasjon. Og at for å kunne bekrefte den andre så må man vise ydmykhet, se den andre som et menneske og ikke som en pasient. Jeg undres over om det er en usynlig fin linje der, hvor om man krysser den så går man ut av den profesjonelle rollen. Eller er dette en barriere, en begrensing vi automatisk setter for oss selv, som en hindring i å kunne møte den andres sårbarhet?

I en kvalitativ studie utført av Allan og Barber (2005) ble det utført intervjuer med sykepleiere og kvinner som var i behandling, hvor sykepleierne så ut til å ha funnet en god balanse mellom det å være nær både på det fysiske og det psykiske plan. Sykepleierne i studiet vektla viktigheten av å ha en viss emosjonell distanse, og hadde oppfattet at noen av pasientene også selv ønsket og hadde behov for en slik distanse. Sykepleierne mente dette skyldtes at de fysiske prosedyrene kvinnen måtte gjennom var så anstrengende, intime og eksponerende. Som resulterte i en naturlig trang til å beskytte seg fra å blottstilles på det psykiske plan (Allan & Barber 2005 s. 399).

Det kan virke utfordrende å balansere dette forholdet, men kanskje det er sykepleiers oppgave å balansere denne nærheten ut ifra hva hun selv er komfortabel med. Og ikke minst etter hva kvinnen gir uttrykk for av behov for av emosjonell støtte, om hvor mye hun ønsker å dele av sitt indre med sykepleier. Den enkeltes persepsjon av ens nærvær og tolkning av

hjelperens kommunikasjon vil være individuell, og vil være av stor betydning for samhandlingen som utvikles igjennom møtene (Hummelvoll 2008 s. 554). Lisas opplevelse av støtte i møtet med sykepleier etter den dramatiske hendelsen vil være bygget på hennes erfaring med sykepleieren fra tidligere møter ved klinikken. Jeg tenker at sykepleier må ha tro på sin egen omsorgsevne i en slik situasjon, og ha et empatisk nærvær for å kunne ta imot og tolke kvinnens smertefulle erfaringer og følelsene rundt dem. På denne måten kan hun hjelpe kvinnen i å sette i gang bearbeidelsesprosesser som forhåpentligvis leder til en helingsprosess (Hummelvoll 2008 s. 555). For å gi ett innblikk i hvor mye nærhet og tilstedeværelse kan ha å si i relasjonen hvor den andre er avhengig av sykepleier velger jeg å ta med et utdrag av et dikt skrevet av Agnethe Mikkelsen (Fjørtoft 2016, s. 33-34):

Jeg merker også om du er til stede når du er hos meg

tilstedeværelse gir nærhet, nærhet gir styrke

styrke gir krefter, og krefter gir håp

jeg trenger det!

Jeg liker at du har humør, at vi kan le midt oppi alt.

jeg vil føle din faglige dyktighet, din trygghet

om det noen ganger er kort tid du er innom

så er tilstedeværelsen din det aller viktigste.

Å finne mening og håp

En av sykepleierne ved klinikken forklarte meg at det var opp til parene selv å bestemme når de ville sette i gang med neste forsøk. Håpet om å lykkes ved neste forsøk kan komme i veien for en naturlig bearbeidelse av sorgen over den unnfangelsen som mislyktes. Det er nærliggende å tenke seg at Lisa kjente på følelser som fortvilelse, angst og skyld etter et mislykket forsøk, at det er hennes kropp som ikke er mottagelig for å kunne bære frem et barn, eller at hun aldri skulle ha tatt den joggeturen hvor hun falt. Å rette skylden mot seg selv oppstår fordi vi som mennesker har et fundamentalt behov for å finne mening i det meningsløse, en forklaring på det som har hendt (Cederberg 2006 s. 135).

Hvis meningsløsheten råder styrkes følelsen av angst, og sjansene for at Lisa kan komme inn i en depresjon øker, da er det opp til hjelperen, å styrke kvinnens opplevelse av kontroll, mening og sammenheng (Hummelvoll 2008 s. 190). Sykepleier kan styrke opplevelsen av kontroll ved å hjelpe kvinnen å fokusere på det faktum at hun ved å gjennomgå behandling aktivt går inn for å endre det faktum at hun ikke blir gravid på egenhånd med sin partner. At hun sammen med sin partner aktivt tar kontroll over situasjonen, som kan være en motivasjon i seg selv.

Betydning av håpets kraft i det meningsløse mener jeg ikke må undervurderes i et slikt forløp, det er jo håpet om at forsøkene til slutt skal bære frukter som driver dem til å fortsette behandlingen. Den profesjonelle sykepleiers oppgave er å hjelpe med å opprettholde, eller gjenvinne håpet ved å gjøre seg tilgjengelig og være villig til å lytte og hjelpe (Travelbee 1999 s. 120-123). En forutsetning for at kvinnen føler seg sett og hørt er gjennom en god relasjon med sykepleier. For at sykepleier skal kunne understøtte håpet tenker jeg at hun trenger å ha en holistisk tilnærming til Lisa, hvor hun fokusere på alle delene av mennesket som en helhet. For jeg tenker at man gjennom gode relasjoner kan vinne styrke og støtte til å fortsette videre i håpet.

Gjennom å skrive denne teksten har jeg har fått ett mer nyansert bilde over hvordan sykepleier i de mellom-menneskelige-møtene kan bruke seg selv terapeutisk. Og fått innsikt i kraften av det å danne en relasjon bygget på tillit og trygghet. Og det har ikke minst gitt meg troen på at jeg gjennom å bruke mine egne omsorgsevner og nærvær kan støtte og hjelpe

mennesker i krise. Gjennom å skape nærhet i relasjonen kan jeg som sykepleier hjelpe individet til å finne mening i det meningsløse.

«Håpet er av stor betydning for å kunne mestre, og mobilisere styrke og mot nok til å takle motgang, heldigvis styrkes håpet gjennom en visshet om at andre stiller opp når man trenger det» (Renolen 2010 s. 153).

Det tok noen måneder før Lisa ble klar for det neste forsøket i pakketilbudet av behandlinger som de sammen hadde investert i. Hun fortalte at hun var mer mentalt forberedt på at det ikke skulle gå denne gangen heller, enn at hun skulle få ett positivt resultat. Men likevel lå det lille håpet i luften der igjen, når det befruktede egget som lå klar i petriskålen ble satt inn i Lisas livmor.

Referanseliste

Allan & Barber (2005). *Emotional Boundary work in advanced fertility nursing roles*. *Nursing Ethics*, 12(4) s. 391-400.

<https://doi.org/10.1191/0969733005ne803oa>

Bech-Karlsen, J. (2011). *Gode Fagtekster – Essayskriving for begynnere* (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Cederberg, N.R. (2006). *Barnløshed og parforhold – at passe på sig selv og hinanden*. København: Frydenlund AS.

Cunningham, N. & Cunningham, T. (2013) Women's experiences of infertility – towards a relational model of care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24) s. 3428-3437.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.12338>

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Vigemostad & Bjørke AS

Hummelvoll, J. K. (2008). *HELT- ikke stykkevis og delt, Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Håkonsen, K.M. (2006). *Mestring i relasjon – Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Iversen, T. & Rosenbluth, F. (2010). *Women, Work & Politics – The political economy of gender inequality*. New Haven & London: Yale University Press

Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Renolen, Å. (2010) *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS

Rokstad, A.M. & Smedbye, K. (2008) *Personer med demens – Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS

Schmidt, L. & Pinborg, A. (2012) *Fertilitet & Sundhed*. København: Munksgaard

Stevenson, E. & Hershberger, P. (2016) *Fertility and Assisted Reproductive Technology – Theory, research, policy, And Practice for health care practitioners*. New York: Springer Publishing Company. Hentet fra:

<https://books.google.no/books?id=jP1qCwAAQBAJ&pg=PR4&lpg=PR4&dq=ebook+ISBN:+978-0-8261-7254-9&source=bl&ots=zRpNGJfEnD&sig=ACfU3U3cEPjRTsTbwcFIVOr75x774MGBXA&hl=no&sa=X&ved=2ahUKEwiil Lr57DpAhWcwcQBHVMiAJoQ6AEwAHoECAoQAQ#v=onepage&q=ebook%20ISBN%3A%20978-0-8261-7254-9&f=false>

Sundby, H. & Guttormsen, G. (2003). *Infertilitet – En bok om ufrivillig barnløshet*. Oslo: Tano Aschehoug Aschehoug AS.

Sykepleien. (2018, 9. September) Kunstig befruktning øker kraftig. Hentet 13. Mai 2020 fra <https://sykepleien.no/2018/09/kunstig-befruktning-oket-kraftig>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.