



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Slutt dato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
Flowkode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	452
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Sykepleie ved provosert abort
Antall ord *:	7029

Egenerklæring *: Ja Nei
Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Ja Nei

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

Jeg godkjenner autalen 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

BACHELOROPPGÅVE

Sjukepleie ved provosert abort

Nursing in case of provoked abortion

Kandidatnummer 452

Bachelorutdanning for sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Stord

Innleveringsdato: 28. april 2022

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: Sjukepleie til abortsøkjande kvinner

Bakgrunn for val av tema: I 2021 blei det utført 10 841 svangerskapsavbrot i Noreg. Etter erfaring frå praksis opplev ei at sjølvbestemt abort kan vera eit sårt og vanskeleg tema, men som skape interesse for å utdjupa seg i temaet. Det er difor interessant å sjå nærmare på kva sjukepleiar kan gjera for å yte omsorg til abortsøkjande kvinner.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar gje omsorg til kvinner som vel å ta provosert abort?

Hensikt: Hensikta med oppgåva er å skaffe kunnskap om kvinner og sjukepleiar sine erfaringar når det kjem til provosert abort. Ved å sjå på erfaringane, kan ein sjå kva som bidreg til betre omsorg for abortsøkjande kvinner.

Metode: Litteraturstudie blir nytta som metode, og er basert på pensum- og faglitteratur og fire forskingsartiklar.

Resultat: Forskingsartiklane som er valt tek for seg både kvinna og sjukepleiar sitt perspektiv. Kvinnene kunne kjenne på belastning og ambivalens rundt valet sitt, og håpte på å bli møtt på ein omsorgsfull måte. Sjukepleiarane kunne ha vanskar med å involvera egne kjensler og verdiar.

Konklusjon: Sjukepleiar må gje individuell omsorg til kvar enkelt kvinne, og tilpasse informasjon som blir gitt utan å påverka kvinna sitt val. Å fokusera meir på dei emosjonelle og eksistensielle behova kan innebera involvering av sjukepleiar sine egne verdiar og kjensler. Meir oppfølging av helsepersonell kan vera viktig, der dei kan snakka saman og debriefe. Dette kan igjen ha ein positiv verknad i omsorg til abortsøkjande kvinner.

Nøkkelord: Provosert abort, sjukepleie, omsorg, informasjon.

Summary

Title: Nursing for women seeking a provoked abortion.

Background for choice of topic: In 2021, 10,841 abortions were performed in Norway. Based on experience during nursing study practice, it was evident that self-determined abortion can be a painful and difficult issue for all parties. It is therefore interesting to take a closer look at what nurses can do to provide care to women seeking a provoked abortion.

Issue: How can a nurse provide care to a woman who chooses to take a provoked abortion?

Purpose: The purpose of this assignment is to gain knowledge about female patients and nurse experiences around provoked abortion. By looking at the experiences, one can see what can contribute to better care for women seeking a provoked abortion.

Method: Literature study is useful as a method and is based on syllabus and academic literature and four research articles.

Result: The research articles that have been chosen, take into account both the patient and the nurse's perspective. The experience for the patient's perceived strain and ambivalence around their choice and their hope to be met in a caring way. The nurses may have difficulty regarding their own feelings and values.

Conclusion: The nurse must provide individual care to each individual patient and adapt information that is provided without affecting or influencing the patient's choice. Focusing more on the emotional and existential needs may include the nurse's own values and feelings. More follow-up of health personnel can be important, and an offer of debriefing can be useful. This can have a positive effect for both nursing professionals and patients wanting an abortion.

Keyword: Provoked abortion, nursing, care, information.

Innholdsliste

1.0	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
2.0	Teori	3
2.1	Sjukepleieteori	3
2.2	Abort	4
2.3	Lovverk og reglar.....	6
3.0	Metode.....	7
3.1	Kva er metode?	7
3.2	Val av metode	7
3.3	Litteratursøk	8
3.4	Kjeldekritikk og etiske omsyn.....	10
4.0	Resultat.....	12
4.1.	Artikkel 1.....	12
4.2.	Artikkel 2.....	13
4.3.	Artikkel 3	13
4.3.	Artikkel 4.....	14
5.0	Drøfting	15
5.1	Sjukepleiar sitt møte med abortsøkjande	15
5.2	Fagleg oppdatering og ivaretaking av sjukepleiars behov	17

5.3 Informasjon	19
6 Konklusjon	21
Bibliografi	22
Tabell 1 - Søk i Cinahl.....	8
Tabell 2 – Søk i Academic Search Elite	9
Tabell 3 – Søk i Medline	10

1.0 Innleiing

Denne oppgåva skal handla om temaet provosert abort, der hovudfokuset er sjølvbestemt abort ved hjelp av medikamentelle midlar. Fyrst kjem det ei innleiing med bakgrunn og presentasjon av problemstilling. Deretter bli teoridelen presentert med påfølgande metodekapitel etterfølgt av presentasjon av resultata av litteratursøka. I kapitel 5 skal artiklane og teori drøftast, før det til slutt kjem ein konklusjon.

Temaet blei valt etter erfaring frå kirurgisk praksis på gynekologisk avdeling. På denne avdelinga var det lite eller ingen oppfølging av kvinner i etterkant av ein provsert abort. I tillegg låg avdelinga i same område som barselavdelinga, og ein kunne ofte sjå nyfødde ute på gangen. Dette resulterte i eigne refleksjonar rundt kvinner som ved innkomst sannsynlegvis kunne møte på nyfødde og gravide. Sjukepleiarane på avdelinga var flinke til å skjerme desse kvinnene, og hadde klart eit rom då dei kom. Dette skapte ei nysgjerrigheit for å utforske sjukepleiar si rolle i møte med abortsøkjande kvinner.

1.1 Bakgrunn

I eit historisk perspektiv har abort utvikla seg på mange områder i løpet av fleire tiår. Den moderne abortdiskusjonen i Noreg starta i 1913, og blei sett i gang av kvinneforkjempar Katti Anker Møller. Ho gjekk ut mot abortlova som den gong tilsa at abort var ulovleg. På den tida utførte kvinner abort hjå «kloke koner», som ofte førte til infeksjonar og dødsfall. Som følge av 2. verdskrig blei utvikling av ei abortlov, som blei i gangsett i 1930-åra, tatt opp igjen i 1951. I året 1964 fekk Noreg si fyrste abortlov. Året etter blei det utført 4500 lovlege abortar i Noreg, og i 1970 var talet stige til 12 000. 9 år seinare fekk Noreg ei ny lov som sa at ein kunne ta sjølvbestemt abort fram til veke 12 i svangerskapet. Det var knytt spenning opp mot lovendringa, då mange trudde det ville føra til auka etterspørsel av abort. Førekosten av abort har variert gjennom åra, men totalt sett ser ein ei fallande trend (Jettestad, 2019, s. 267-268).

I ein rapport frå Folkehelseinstituttet om svangerskapsavbrot visar den at i 2021 blei det utført totalt 10 841 abortar i Noreg, 244 (2,2%) færre enn året før. 95,3% av dei provoserte abortane blei utført med medikamentelle midlar. 84,5% av dei sjølvbestemte abortane blir utført før

veke 9 i svangerskapet. Lenge har aldersgruppa 20-24 år vore den gruppa med høgast abortrate, men no er det flest kvinner i alderen 25-29 år som tek abort (Løkeland et al., 2022). Sidan 10 841 kvinner vel å ta abort vil det utgjera ei ganske stor gruppe, då det vil i snitt sei 29,7 abortar per dag i Noreg. Difor vil det vera interessant å sjå kvinner og sjukepleiar sine erfaringar når det kjem til omsorg til abortsøkjande kvinner.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i problemstillingar som tidlegare er nemnt er det nødvendig å sjå nærmare på følgande problemstilling. *Korleis kan sjukepleiar gje omsorg til kvinner som vel å ta provosert abort?* Hensikta med oppgåva er å skaffe kunnskap om kvinners og sjukepleiar sine erfaringar rundt provosert abort. Målet er å finne ut korleis sjukepleiar skal gå fram i møte med abortsøkjande kvinner, slik at kvinner skal kjenne seg ivaretatt.

Det er valt å avgrense oppgåva til abort før utgangen av veke 12 i svangerskapet. I Noreg utførar ein provosert abort både medisinsk og kirurgisk (Jerpseth, 2016, s. 160). I denne oppgåva vil fokuset vera at aborten blir utført medikamentelt, då det er den vanlegaste måten å gjera det på. Hovudfokuset vil vera sjukepleiar sitt møte med kvinner før, under og etter ein medikamentell abort i hovudsak på sjukehus. Sjukepleiar spelar ei sentral rolle fordi det er den ivareteke kvinna på avdelinga Oppgåva har difor eit sjukepleieperspektiv. Pasientgruppa det er fokusert på er vaksne kvinner over 16 år, då dette er den seksuelle lågaldern i Noreg.

2.0 Teori

I dette kapitlet kjem det sjukepleieteoretisk perspektiv, aktuell teori og lovverk som er relevant til problemstillinga.

2.1 Sjukepleieteori

I denne oppgåva blir Joyce Travelbee brukt som sjukepleieteoretikar då hennar synspunkt passar til problemstillinga. I følge Travelbee er sjukepleiar fyrst og fremst eit menneske, men har ein eigen kunnskap for å hjelpe andre menneske. Sjukepleiar er i stand til å anvende kunnskapen sin for å førebygge sjukdom, gjenvinning av helse, finne meining i sjukdom eller oppretthalda best mogleg helsetilstand (Travelbee, 1999, s. 72).

Travelbee definerer menneske som eit enkeltindivid som er unik og uerstatteleg, ein er lik og samstundes ulik alle andre menneske som har levd, lever og kjem til å leva. Å vera eit menneske inneber å ta ansvar for val og avgjersle som kan påverka eige og andre sitt liv (Travelbee, 1999, s. 54). Når det kjem til reaksjonar hjå menneske som lider, delar ein det inn i to grupper; «kvifor meg»-reaksjonen og «kvifor ikkje meg»-reaksjonen. Det handlar om at vedkommande ikkje klarar å akseptera situasjonen den står i, og kjenner på følelsen av urettferdigheit. Reaksjonen kan blant anna føra til sinne, forvirring og depresjon. Travelbee påpeikar at menneske reagerer forskjellig og individuelt, men at det likevel finst felles trekk i lidinga. Den som lider prøver å finne ei forklaring eller ein årsak til det som har oppstått. Ho meina det ligg naturleg i menneske og få svaret på spørsmålet kvifor, slik at menneske finn meining i situasjonen. Menneske kan kjenne på meining gjennom å bety noko for andre og kjenne seg verdsatt (Kristoffersen, 2016 s. 31-32).

I forhold til sjukepleiaren si rolle skal den hjelpe den sjuke og lidande slik at vedkommande finn meining i situasjonen den er i. Dette skjer gjennom å skape eit menneske-til-menneske-forhold, som er sentralt i sjukepleietenkinga til Travelbee. Målet til sjukepleiar knytt opp mot Travelbees tankegang er å støtte menneske til å finne meining og mestring i sjukdommen eller lidinga vedkommande har eller erfarer. Sjukepleiar skal også førebygga og fremma god helse (Kristoffersen, 2016, s. 29-30). Noko som kjenneteiknar sjukepleiar er evna til å bruka seg sjølv terapeutisk. Ved at sjukepleiar brukar seg sjølv terapeutisk nyttar ein eigen personlegdom og kunnskap for å skape ei endring som bidreg til lindring hjå pasienten. Ein

brukar persondommen sin til å bevist etablera ein relasjon mellom sjukepleiar og den lidande (Travelbee, 1999, s. 44-45).

Dette menneske-til-menneske-forholdet kan berre dannast mellom menneske, og skjer gjennom ulike fasar. Det startar med det innleiande møtet der dei ikkje kjenner kvarandre. Etter det kjem identitetane deira fram og kontaktforholdet blir etablert. Her begynner sjukepleiaren å sjå korleis den enkelte pasient opplev situasjonen, og pasienten samanliknar sjukepleiaren med andre sjukepleiarar. I følge Travelbee er neste steg empati i etableringa, der skal sjukepleiaren ta del i og forstå den psykiske tilstanden vedkommande er i der og då. Empati kan opplevast gjennom nærleik og kontakt, og oppstår ikkje tilfeldig. Som eit resultat av empati får ein sympati, som er eit direkte ynskje om å hjelpe pasienten samanlikna med empati. Sympati handlar om væremåte og haldingar til sjukepleiaren der ein tek del i fortvilninga til pasienten, slik at all byrden ikkje ligg på pasienten åleine. Den siste faktoren i etableringa er forståing som er gjensidig mellom pasienten og sjukepleiaren, som er eit resultat av dei tidlegare fasane. Her går sjukepleiren inn og hjelper pasienten med eit ynskje om at pasienten skal få det betre (Kristoffersen, 2016 s. 32-34).

I følge Travelbee er ofte fokuset retta mot pasienten, men ein må også hugse på at sjukepleiar er eit menneske med eigne behov. Travelbee tek avstand frå tankegangen om at sjukepleiar berre skal møta pasienten sine behov, og ikkje sine eigne. Ho meina sjukepleiar ikkje vil ivareta pasienten sine behov utan å få ivaretatt sine eigne. (Travelbee, 1999, s. 177-178).

2.2 Abort

Abort betyr avbryting av svangerskap, enten provosert eller spontant (Nesheim, 2021). Medikamentell abort vil sei avslutting av svangerskap ved hjelp av medisinske midlar. Det utførast ved at kvinna tek antiprogesterontablett slik at livmora ikkje lenger reagerer på gravidbevarande hormon. To dagar seinare blir det sett inn prostaglandintablettar i skjeden slik at livmora trekker seg saman (Jettestad, 2019, s. 270).

Alle kvinnene som ynskjer å ta abort må møta på sjukehuset for å stadfeste graviditeten, sjekke blodtype og ta klamydiatest. Det er obligatorisk å ha ei prevensjonsveiledning med fagkyndig helsepersonell. Sentrale opplysningar som kvinna sin alder, tidlegare svangerskap, prevensjonsbruk, svangerskapsveka aborten blir utført i, abortmetode og komplikasjonar blir registrert i abortregisteret. Jettestad påpeikar at helsepersonell som møter kvinna skal gje

informasjonen grundig og nøytralt, slik at det hjelper kvinna med å ta valet sitt. Sjølv om provosert abort kan vera eit følsamt tema for mange, er det likevel viktig å snakke med kvinnene om valet deira. Tid er difor sentralt for å kunne vera tilstades for kvinna og lytte (Jettestad, 2019, s. 269).

Sjølve aborten er ein totrinnsprosess. Fyrste tablett kvinna tek inneheld antiprogesteron, som gjer at livmora ikkje reagerer på graviditetshormona til kroppen. Etter to dagar setjast ein tablett som inneheld prostaglandin inn i skjeden. Dette gjer at livmora trekkjer seg saman og gjev ein påfølgande bløding. Medisinsk abort varer i ca. 4-6 timar, og kan det vera smertefult for kvinna. Denne abortvarianten er meir skånsam for kroppen, og gjev mindre sjans for infeksjon enn ved kirurgisk abort. For å kontrollera at aborten er komplett tek kvinna ein graviditetstest etter 4 veker. Dersom aborten blir utført heime får kvinnene med seg tablettane, samt smertestillande med heim, og den blir utført på same måte som på sjukehus. Sidan aborten kan vera tøff for kvinnene, bør ho ha ein vaksen person med seg som kan passe på ho. I tillegg bør terskelen for å kontakte sjukehuset vera låg, dersom det skulle oppstå komplikasjonar som bløding eller sterke smerter (Jettestad, 2019, s. 270).

Under ein medikamentell abort kan kvinna kjenne på smerter som kan samanliknast med sterke menstruasjonssmerter. Dette smertene kjennes særleg når fosteret går ned og ut fødekanalen. Muskulaturen i mage-tarm-kanalen kan bli påverka av tablettene med prostaglandin, som kan resultera i avføringstrang, oppkast og kvalme. Hovudverk kan også førekomma. Kvinnene kan trenge smertestillande før og etter aborten som blir ordinert av lege. Sjukepleiar har i oppgåve å administrera smertestillande dersom det skulle vera behov (Jerpseth, 2016, s. 160-162).

For mange kvinner kan valet å ta ein provosert abort vera eit vanskeleg å stå i. Følelsar som angst, sorg og skyld er vanleg at kvinner kjenner på, samstundes som mange er letta for valt riktig. Å vera letta kan også vera utfordrande, då kvinnene føler det er forventat at dei skal ha det vanskeleg (Jerpseth, 2016, s. 162). Provosert abort kan vera eit tabutema for mange og press utanfrå kan påverka kvinna sitt val. Oppfølging i etterkant av aborten er ikkje rutine, men nokre kvinner kan ha behov for det. Då er det viktig at kvinna blir møtt med respekt for det valet ho har tatt av dei ho møter, om det er det offentlege helsevesenet eller for eksempel Amatheia (Jettestad, 2019, s. 271).

2.3 Lovverk og reglar

I følge lov om svangerskapsabrot har kvinna krav på å få råd for at ho skal kunne ta eit endeleg val. Dersom kvinna likevel vel å avslutte svangerskapet etter ho har fått informasjonen ho har krav på, må det skje før utgangen av tolvte svangerskapsveka. Før tolvte svangerskapsveka er det kvinna sjølv som tek avgjersla (Abortloven, 1975, §2). Når det kjem til informasjon og rettleiing til kvinna, skal legen eller nemnda opplyse om kva informasjon og rettleiing samfunnet tilbyr. Dette skal bli gitt objektivt, og legen eller nemnda skal ikkje gje uttrykk for sine eigen meiningar. Dersom helsepersonell av samvettsgrunnar har behov for det, kan vedkommande fritakast frå å utføre eller assistere ved svangerskapsabrot. Ved assistanse og pleie til kvinner som tek medikamentell abort gjelder ikkje fritaket (Abortforskriften, 2001, §2 & §15).

For å styrka pasienten sine rettigheitar, er det ei eige lov for dette. Lov om pasient- og brukarrettigheitar seier blant anna at pasienten skal ha nødvendig informasjon som gjev innsikt i helsetilstanden og innhaldet i helsehjelpen. Biverknadar og risikoar skal også informerast om. Informasjonen skal bli tilpassa til kvar enkeltes individuelle forutsetningar, og bli gitt på ein omsynsfull måte. Den som gir informasjon må i størst mogleg grad sikre seg at informasjonen er forstått av mottakar (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, §3-2).

3.0 Metode

I dette kapitlet blir den metodiske framgangsmåten for oppgåva presentert.

3.1 Kva er metode?

Metode er beskriven som ein måte å koma fram til ny kunnskap og for å løyse eit problem. Den fortel oss korleis ein skal gå fram for å skaffe kunnskap eller etterspørja den. Ein har ulike metodar som gjev ulikt grunnlag for kva svar ein vil få. Ein vel ein bestemt metode som best mogleg vil belyse problemstillinga eller spørsmålet. Metoden skal hjelpe oss når ein skal samle data ein treng i undersøkinga. Kvalitativ og kvantitativ er døme på to metodar i forskning. Kvalitativ metode er ute etter meiningar og opplevingar som ikkje kan teljast eller målast, og går meir i djupna. Dei med kvantitativ metode gjev data som er målbare, der ein kan setja opp statistikk og rekneoperasjonar. Til felles bidreg begge metodane til å skaffe oss ei betre forståing av samfunnet, og korleis enkeltindivid, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2020, s. 53-55).

3.2 Val av metode

I samsvar med retningslinjene for bacheloroppgåva skal metoden vera litteraturstudie der datamaterialet skal vera henta frå sjukepleiefagleg forskning. Difor blir det nytta litteraturstudie som metode for denne oppgåva. Det er ein effektiv måte for å finne relevant litteratur og forskning om eit bestemt tema, og samle den i oppgåva. Det skal utførast eit systematisk litteratursøk etter artiklar i ulike databasar for å finne forskning som er relevant til problemstillinga.

Ei litteraturstudie som metode er ei studie der ein skal systematisere kunnskap frå skriftlege kjelder. Når ein systematiserer litteratur gjer ein ei kritisk vurdering og deretter samanfattar dei. Målet er å gje lesaren ein oppdatert og godt innsikt i kunnskapen om temaet problemstillinga omhandlar. Ein skal også kunne skissere korleis ein har funne kunnskapen (Thidemann, 2020, s. 74-78).

I lys av problemstillinga som er formulert, vil det takast utgangspunkt i sjukepleiar og kvinner sitt syn, erfaringar og meiningar. Difor blir det fokusert på å bruka kvalitative forskingsartiklar i oppgåva for å gå meir i djupna.

3.3 Litteratursøk

Etter å ha formulert problemstillinga blei det laga ei liste med søkjeord som skulle brukast. I tabell 1 til 3 blir det lagt fram søkeprosessen med alle søkjeorda, og kombinasjonen av dei. Det blei søkt i databasane Cinahl, Academic Search Elite og Medline, som ein har tilgang til gjennom Høgskulen på Vestlandet sitt bibliotek. Søka blei avgrensa slik at treffa var frå etter 2012, samt at artiklane var fagfelleverderte. Alle søkjeorda blei skrivne inn på engelsk. Søkjeorda som blei nytta var «induced abortion», «nurses» «women», «experience» og «ambivalence». Fyrst søkte ein opp kvar enkelt søkjeord, for så å kombinera søkjeorda med AND fekk ein innsnevre antall treff. I søka i Academic Search Elite var det ingen artiklar som var relevant for oppgåva, mens i Cinahl og Medline blei det funne relevante artiklar.

Tabell 1 - Søk i CINAHL 17/3-2022

Søk nummer	Søkjeord	Avgrensing	Resultat
S1	Induced abortion		7 549
S2	Nurse		301 174
S3	Women		420 347
S4	Experience		290 508
S5	S1 AND S2 AND S4		40
S6	S1 AND S2 AND S4	Publisert: 20120101-20211231	21
S7	S1 AND S3 AND S4		406
S8	Norway	Publisert: 20120101-20211231	11 636
S9	S7 AND S8	Publisert: 20120101-20211231	2
S10	Ambivalence		1 240
S11	S7 AND S10		5

Søk nr. 6 i CINAHL gav treff på artikkel “*The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study*” av Mauri og Squillace (2017). I søk nr. 9 blei søk nr. 7 sett saman med «Norway», då blei resultatet to artiklar. Begge artiklane blir nytta i oppgåva; «*Scandinavian women’s experience with abortions on request: a systematic review*» av Petersen, Jessen-Winge & Møbjerg (2018) og “*Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers*” av Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen, Nortvedt & Gjengedal (2019).

Tabell 2 - Søk i Academic Search Elite 18/3-2022

Søk nummer	Søkjeord	Avgrensing	Resultat
S1	Induced abortion		20 800
S2	Nurse		286 292
S3	Women		1 539 744
S4	Experience		1 033 928
S5	S1 AND S2 AND S4		82
S6	S1 AND S2 AND S4	Publisert: 20120101-20221231	54
S7	Norway	Publisert: 20120101-20221231	114 696
S8	S1 AND S3 AND S4		1 033
S9	S7 AND S8		9

Ingen søk i Academic Search Elite gav resultat på relevante forskingsartiklar til å bruka i oppgåva.

Tabell 3 - Søk i MEDLINE 18/3-2022

Søk nummer	Søkjeord	Avgrensing	Resultat
S1	Induced abortion		33 576
S2	Nurse		460 120
S3	Women		1 317 242
S4	Ambivalence		3 693
S5	S1 AND S3 AND S4	Publisert: 20120101-20221231	13
S6	S1 AND S2 AND S4	Publisert: 20120101-20221231	1

Søk nr 5 gav treff på artikkelen «*Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortion in the first trimester*» av Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen & Gjengedal (2018). Den same artikkelen blei resultatet i søk nr. 6.

3.4 Kjeldekritikk og etiske omsyn

Kjeldekritikk vil sei at ein vurderer og karakteriserer litteraturen ein har funnet, slik at ein kan gå god for at det ein har funne let seg nytta til å belysa problemstillinga (Dalland, 2020, s. 152). Ved ta ei kritisk vurdering av artiklar bestemmer ein relevans, styrke og avgrensingar i informasjonen ein finn (Thidemann, 2020, s. 26). For å få den nyaste og mest relevante forskinga, er det berre nytta tekstar som er publisert etter 2012, altså 10 år gamle. Det eldste funnet som blei gjort er frå 2017. Alle artiklane er vurdert opp mot sjekklister for oversiktsartiklar og kvalitativ studie frå Helsebiblioteket (2016), der alle blei vurdert som relevante. Det skal nemnast at to av artiklane har dei same forfattarane, men artiklane har to ulike fokus. Den eine tek for seg helsepersonell sine erfaringar, den andre nyttar kvinna sitt synspunkt. Alle artiklane er vurdert av ein etisk komité, og alle deltakarar har fått tilstrekkeleg informasjon og har heile tida hatt moglegheit for å trekka seg. Deltakarane samtykka både munnleg og skriftleg etter å ha fått informasjon om studia munnleg og skrifteleg. Ein såg i nokre studiar at mengda deltakarar blei få ut i frå det dei hadde i fyrste omgang. Det tydar på

at deltakarane ikkje har følt seg pressa til å fullføra heile studia. Tre av artiklane har forskning frå skandinaviske land, mens ein er frå Italia. Artikkelen blir likevel nytta, då det kjem fram i artikkelen at sjølvbestemt abort i Italia er lov fram til veke 12. Det er nytta primærkjelder der det er tilgjengeleg.

Etter å ha funne relevante forskingsartiklar til oppgåva, var alle artiklane på engelsk. Dette kan føre med seg at eigen oversetning til norsk kan bli mistolka og feiloversett. Det var utfordrande å finne artiklar som berre tok for seg sjukepleiar sitt synspunkt, så difor er artiklane både frå eit sjukepleieperspektiv og pasientperspektiv. Ein av artiklane går ut i frå kvinna sine erfaringar, mens dei tre andre tek for seg helsepersonell sitt synspunkt. Dette kan bidra til ei meir heilskapleg drøfting av problemstillinga, då ein får belyst to sider av utføring av provosert abort.

4.0. Resultat

I dette kapitelet blir forskingsartiklane presentert gjennom eit samandrag, saman med eit par setningar om korleis studia treffer problemstillinga.

4.1. Artikkel 1

“Scandinavian women’s experience with abortions on request: a systematic review”

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

Artikkelen hadde som formål å sjå på skandinaviske kvinner sine erfaringar som søkte etter å ta abort. Forfattarane gjekk systematisk gjennom publisert og ikkje-publiserte forskning frå 1973 til juni 2016, der til saman seks artiklar med i alt 80 deltakarar i alderen 15-24 år. Funna blei kategorisert etter erfaringar i avgjerdsprosessen, erfaringar relatert til prosedyra og opplevingar etter abort. Studia konkludera med at kvinnene kjenner på blanda følelsar av skam og glede, og stiller seg usikker i valet om å avslutte svangerskapet eller fortsette. Kvinnene opplevde ofte at smertene og ubehaget var verre enn det dei forventa. Dei fysiske tilnærmingane frå helsepersonell blei rapportert som god og profesjonelt, mens emosjonelle og eksistensielle behov blei lite eller ikkje fokusert på. I etterkant av aborten kjente kvinnene på ambivalens, ein følelse av lette av at svangerskapet er over samstundes ein følelse av sorg av å ha mista eit foster. Forfattarane kjem med anbefalingar for praksis i samband med abort. Tilbod om profesjonell støtte under avgjerdsprosessen når det kjem til økonomiske, praktiske og eksistensielle bekymringar bør gjevast. Ved svangerskapsførebygging kan ein auke innsatsen for å inkludera menn når det kjem til bruk av prevensjon, då dette er eit felles ansvar. Til slutt påpeikar dei at helsepersonell treng å få auka ressursar for å gje abortomsorg som dekker kvinnene sine fysiske, psykososiale og eksistensielle behov.

Denne artikkelen vil vera relevant i oppgåva for å belysa kvinnene sine følelsar og behov, og bruke det for å sjå korleis sjukepleiar kan møte kvinnene som går gjennom provosert abort. Det kan vera praktisk for sjukepleiar å ha kunnskap om korleis kvinnene opplev situasjonen, slik at sjukepleiaren kan tilpassa pleia og omsorga slik at behova deira blir dekkja tilstrekkeleg.

4.2. Artikkel 2

“Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortion in the first trimester”

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

Hensikta med studia var å utforska helsepersonell si oppleving når dei møter kvinner som er usikker på om dei skal utføre abort eller ikkje. Dei nytta kvalitativ metode, med til saman 19 sjukepleiarar og ein lege. Lengda på erfaring var mellom 3 månadar til 33 år, der alle hadde tilknytning til ein type gynekologisk avdeling. Studia viste at helsepersonell måtta ha fokusert merksemd for å gje omsorg til kvinnene, og kjende på eit ansvar for å handtere utsikkerheit dersom kvinnene var usikker om valet sitt. Balansen mellom å engasjera og halde tilbake kunne vera utfordrande, då helsepersonell sine meiningar og verdiar ikkje skal påverka kvinna si avgjersle. Nokre helsepersonell vegra seg for å spørja direkte om kvinna var usikker, mens dei med meir erfaring hadde lettare for å stille kvinna direkte spørsmål om ho var usikker. Sjølv om kvinnene blei sett på som autonome og ansvarlege av helsepersonell, kunne dei bli personleg involvert gjennom sine eigne verdiar og sårbarheit. I etterkant av komplekse konsultasjonar, trengde pleiepersonellet ein debriefing og rådgjeving.

I bacheloroppgåva kan ein nytta denne forskinga for å få ei forståing for korleis helsepersonell går fram i møte med kvinner som er usikre på valet sitt. Den gjev eit perspektiv frå sjukepleiar si sida, som vil vera relevant når problemstillinga skal svarast på.

4.3. Artikkel 3

“The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study”

Paola Agnese Mauri & Francesca Squillace (2017)

Ei kvalitativ studie frå Italia som tek for seg sjukepleiarar og jordmødrer sine erfaringar i italienske aborttenesta. 22 sjukepleiarar og to jordmødrer blei intervjuet. I Italia seier lovverket at ein kan ta abort fram til 90. svangerskapsdag, det tilsvara veke 12. Resultatet blei delt inn i

ulike tema; Å meistre det å gje omsorg til kvinner som går gjennom svangerskapsavbrot, betring av fagleg opplæring, tilnærming til arbeidet på ein mekanistisk måte som eit middel for å overvinna vanskar, utføra medisinske abortar og til slutt å fortelja om opplevingar. Denne mekanistiske måten blir beskriven ved at fokuset er prosedyra, slik at det kjenslemessigt ikkje påverka helsepersonellet og på eit vis beskytta seg sjølv. Det kom fram at tenestene må betra den faglege opplæringa, og unngå at pleiepersonellet blei mekanistiske i møte med kvinnene. Samarbeid mellom tverrfaglege tenester blei påpeikt for å betre tenestene.

Perspektivet og erfaringane til sjukepleiarane og jordmødrene kan knytast opp mot oppgåva for å belysa sjukepleiar si oppleving og syn. Sjølv om studia er frå Italia, kan ein likevell sjå likskap mellom denne og andre studiar frå Skandinavia.

4.3. Artikkel 4

“Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers”

Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen, Per Nortvedt & Eva Gjengedal (2019)

Studia ville gje svar på korleis ambivalente kvinner opplever deira møte med helsepersonell, der totalt 13 kvinner deltok i ulike livssituasjonar. Kvinnene beskrev valet som kompleks i avgjerdsfasen. Sjølv om dei var sjølvstendige i valet sitt, håpte dei likevell at helsepersonell møtte dei på ein omsorgsfull måte. Tillit til helsepersonell var viktig for dei, og dei håpte helsepersonell skulle bli involvert i situasjonen deira. Når det kom til kvinna sitt verdigrunnlag, bidrog helsepersonell til å mogleggjera eller deaktivera moglegheita for avgjerdstakinga. Forfattarane påpeika at det er behov for opplæring og rettleiing i diaologisk kompetanse for helsepersonell som har omsorg for desse kvinnene.

Ved å nytte denne artikkelen kan ein belysa korleis helsepersonell kan gje god omsorg for ambivalente kvinner ved å sjå kvinna si side av saka. Då kan ein få betre grunnlag for korleis ein skal gå fram i møte med den abortsøkjande.

5.0. Drøfting

I dette kapitlet skal artiklane og teori drøftast for å skape ein ny forståing av temaet og problemstillinga. Korleis kan sjukepleiar gje god omsorg til kvinner som vel å ta provosert abort?

5.1 Sjukepleiar sitt møte med abortsøkjande

Å ta ein abort kan opplevast som vanskeleg og tøft for mange kvinner. I artikkel 1 til Kjelsvik med fleire (m.f.) (2018) beskreib helsepersonell kvinnene som sårbare, lettpåverkande og potensielt ambivalent til valet sitt. Dette gjorde at helsepersonell var redd for å skape usikkerheit hjå kvinnene, sjølv om dei stolte på at kvinnene tok eit sjølvstendig val. Slik Abortforskriften §2 (2001) seier, så skal ikkje lege eller nemnd gje uttrykk for sine personlege meiningar når informasjon blir gitt. Jettestad (2019, s. 269) påpeikar også dette med at helsepersonell skal opptre nøytralt og gje informasjonen grundig, slik at kvinna skal kunne ta det valet som er best for ho. Sett alt dette samla, ser ein at helsepersonell må vera godt førebudd før møtet med kvinna. Som helsepersonell bør ein tenkje gjennom om ein i det heile tatt er komfortabel i møte med abortsøkjande kvinner. Skulle ein av samvettsgrunnar ha behov for det, kan helsepersonell få fritak frå ta del i sjølve svangerskapsavbrotet (Abortloven, 1975, §2). På arbeidsplassane bør ein difor ha respekt for dei som treng dette fritaket.

I artikkel nummer 4 av Kjelsvik m.f. (2018) måtte mange av sjukepleiarane handtera usikre kvinner som skulle ta abort. For helsepersonellet som møtte desse kvinnene måtte balansere mellom å gje god og grundig informasjon utan at det påverka kvinna sitt val. Ynskje om å vise at ein bryr seg var til stades, men kunne gje utfordringar i forhold til å påverka valet. Difor la sjukepleiarane vekt på å vera opne i samtalan og halda ein ikkje-dømmende haldning. Samstundes som ein ikkje skal vera dømmende, må helsepersonell til tider vera direkte i samtalen med kvinna. Å stille spørsmål om kvinna sin usikkerheit kunne opplevast som utfordrande, då det var vanskeleg å vita korleis ein skulle ordlegga seg. Helsepersonellet var usikre på om dei skulle stille direkte spørsmål eller om dei skulle halda seg meir indirekte i samtalen. Dette var på grunn av å unngå å skapa meir usikkerheit hjå kvinna. Studia seier ingenting om korleis kvinnene opplever å bli stilt direkte spørsmål om valet deira. Det visar i nemleg studia til Kjelsvik m.f. (2019), der kvinner som fekk spørsmål om dei var sikre på om

dei skulle gjennomføra abort gjorde at dei blei usikre. Det fekk kvinnene til tenkje, og mange hadde distansert seg frå det som veks i magen. Då helsepersonell stilte spørsmålet, måtte dei ta stilling til det som levde i magen, og det kunne føra til sorg og tristheit. Dei som blei usikre etter spørsmålet blei stilt, utsette aborten til dei fekk tenkt seg om. Det kunne resultera i at ein blei overlata til seg sjølv. I dei nemnte artiklane kan ein sjå at kommunikasjon er svært sentralt i møtet mellom sjukepleiar og pasienten. Då er kommunikasjon tilstades heile tida, både under samtale og når dei ikkje snakkar. Ein pasient kan kommunisera til sjukepleiar gjennom ansiktsuttrykk, åtferd, utsjånad og haldning for å nemne nokre. Sjukepleiar si oppgåve er å forstå det pasienten kommuniserer, og bruke den informasjonen for å gjere ulike sjukepleietiltak (Travelbee, 1999, s. 135). Så korleis kan sjukepleiaren sin kommunikasjon bidra til ivaretaking av abortsøkjande kvinner? Gjennom kommunikasjon der ein gjev stadfesting, kan ein skape tryggleik, tillit og skape ein god relasjon. Når ein stadfestar, formildar ein til pasienten at det vedkommande har sagt har blitt sett og forstått. Det å bli sett og lytta til i seg sjølv vil vera stadfestande. Det krevjast at ein respektera pasienten sin fridom og sjølvråddrett (Eide & Eide, 2021, s. 155-156).

Jttestad (2019, s. 269) påpeikar at tid er sentralt for at kvinna skal kjenne seg ivaretatt og lytta til. Kva kan skje om dette sviktar? Travelbee (1999, s. 160-161) framstiller kva som skjer dersom ein let vera å lytte. Ho påpeikar at det kan vera at sjukepleiaren ikkje er villig til å investera i energien som krevest for å lytte aktivt. Det kan skuldast mangel på interesse, trøytteleik, ho er opptatt med noko anna eller kjeder seg. Pasienten kan kjenne på at sjukepleiren ikkje er interessert i pasienten som individ. For at sjukepleiren skal kunne lytta må all merksemda vera hjå pasienten, og sjukepleiaren må vera profesjonell. Kjelsvik m.f. (2019) skriv i sin artikkel at det krev interesse for kvinna og hennar oppleving av situasjon skal ein ha ein omsorgsfull haldning. Ser ein dette i lys av det Petersen m.f. (2018) har funne om helsepersonells tilnærming til kvinnene kan ein stille seg kritisk. Der kjem det fram at dei fleste kvinnene opplevde tilnærminga som god og profesjonell, men lite eller ingen fokus på det emosjonelle og eksistensielle. Sidan dette er ein artikkel der fokuset er kvinna sine erfaringar, får ein ikkje vita sjukepleiaren si side av saka. Korleis kan sjukepleiren ha meir fokus på det emosjonelle og eksistensielle behova til kvinna? Ein kan sjå for seg at det er vanskeleg for sjukepleiren å involvera seg i desse behova utan å involvera sine emosjonelle og eksistensielle behov. I Kjelsvik m.f. (2018) sin artikkel får ein sjukepleiaren si side når det kjem til å handtera usikkerheit hjå abortsøkjande kvinner. Der kjem det fram at helsepersonell ynskta å visa at dei brydde seg og visa forståeleg utan at det skulle påverka valet. Det kjem

også fram i studia at det var avgrensa tid til å snakka om kvinnaas komplekse følelsar og livssituasjon. Kan det vera difor kvinnene opplevde mangel på fokus på eksistensielle og emosjonelle behov? Eller kan grunnen vera at sjukepleiarane blir mekanistiske som Mauri og Squillace (2017) framstillar? Sjukepleiarane i deira studie isolerte følelsane sine som ein teknikk, der dei unngjekk involvering av eigne følelsar for å beskytte seg sjølv. Erfaring frå praksis tilseier at det er vanskeleg involvera seg i pasientens emosjonelle og eksistensielle behov dersom ein unngår å kjenne på sine eigne kjensler.

Møte med abortsøkjande kvinner kan vera eit sårbart og belastande område. Ofte kunne sjukepleiarar ha fleire kvinner som går gjennom abort på same dag, og då var det viktig å gje kvar kvinne ein følelse av å bli behandla med respekt og verdigheit. Å unngå at kvinnene følte dei var objekt på eit rullande band var viktig for helsepersonellet (Kjelsvik et al., 2018). Travelbee sin sjukepleieteori seier at menneske er eineståande, uerstatteleg og unikt frå alle andre menneske (Kristoffersen, 2016 s. 29). Det motstrider altså dette rullande bladet som Kjelsvik m.f. (2018) beskriv. Eine kvinna i den andre studia til Kjelsvik m.f. (2019) blei tatt på alvor av personalet ho møtte, og dei hadde sett av nok tid til å snakke om usikkerheita rundt valet. Vedkommande såg på helsepersonell som erfaren og seg sjølv som uerfaren. Dette kan tolkast som ein grad av tillit til helsepersonellet. Kvinna hadde forventa at dei ville snakka om valet med ho, men stod igjen med ein følelse av lite engasjement frå personalet. I motsetning til det som kjem fram tidlegare i avsnittet, så kjende denne kvinna på følelsen av å stå på ei produksjonslinje. Det tydar på at sjølv om helsepersonellet har eit ynskje om å unngå denne produksjonslinja, kan likevel nokre kvinner oppleve dette (Kjelsvik et al., 2019). Korleis kan sjukepleiar imøtekomma denne følelsen hjå kvinner? Noko som kan bidra til tillit og tryggleik hjå kvinnene er at same sjukepleiar følgjer opp kvinna gjennom heile abortprosessen, dersom det let seg gjera. Dette gjer at tilliten mellom kvinna og sjukepleiaren blir styrka, og det kan bidra til samtalanen blir gode i mellom dei. Sjukepleiaren kjenner då kvinna godt, og kan formidle og gjenta det som har blitt sagt av legen. Studiar har vist at dei som ikkje snakkar om følelsane sine og fornektar dei, kan få langvarige plagar. Ein dialog med kvinna kan vera med å førebygga potensielle langvarige plagar (Jerpseth, 2016, s. 162).

5.2 Fagleg oppdatering og ivaretaking av sjukepleiars behov

I Mauri og Squillace (2017) si studie meldte sjukepleiarane tilbake at dei trengde psykologisk støtte, og meir kunnskap om rådgjeving og emosjonell støtte. Behovet for å diskutere med

kvarandre og kunne lufte tankane sine. Behovet for debriefing kjem også fram i artikkel 4 (Kjelsvik et al., 2018), der helsepersonell har behov for å diskutera og beskriva det dei har opplevd. Deltakarane i studia hadde ikkje tilbod om debriefing eller rådgjeving, då måtte dei sjølv oppsøkje støtte frå kollegaer. Dette førte til undertrykking av tankane sjukepleiarane hadde. Mykje av dette handla om mangel på tid og ressursar i forhold til rettleiing, og mange stod igjen med ein følelse av å bli overlatt til seg sjølv. I følge Travelbee (1999, s. 178) er det vanskeleg for sjukepleiar å ivareta andre sine behov dersom egne behov ikkje blir tatt omsyn til. Dersom sjukepleiar sine behov blir ivaretatt er det lettare å kjenne at jobben er tilfredsstillande. Norsk Sykepleieforbund (NSF, 2019) sine yrkesetiske retningslinjer 2.3 seier at sjukepleiar skal va vare på den enkelte pasienten sine behov for heilskapleg omsorg. Dei seier ingenting om sjukepleiar sine egne behov, anna enn at den må søkja veiledning i vanskelege situasjonar. Ein kan sjå på debriefing og rådgjeving som eit behov sjukepleiar har i etterkant av møtet med abortsøkjande. Som artiklane ovanfor visar, blir ikkje dette behovet teken omsyn til. For at sjukepleiarane skal kunne ivareta kvinna, kan det vera nødvendig å ha tilbod der sjukepleiarane får snakka om det dei har opplevd.

Ein kan sjå ein samanheng med dei sjukepleiarane som distanserte følelsane sine i artikkelen til Mauri og Squillace (2017) og det Kjelsvik m.f. (2018) skriv om sjukepleiaren sitt behov for rettleiing og debriefing. Det vil vera naturleg at dersom sjukepleiarane skal involvera sine egne kjensler i møtet med kvinnene, så må det vera rom for å snakka og diskutera i etterkant. Ein kan sjå for seg at dersom sjukepleiarane hadde hatt meir tid og rom for debriefing hadde kanskje fleire sjukepleiarar møtt sine egne kjensler. Då kan ein sjå for seg at dei emosjonelle og eksistensielle behova Petersen m.f. (2018) beskriv bli dekkja i større grad. I ein forskingsartikkel av Qian m.f. (2021) kjem det fram at sjukepleiarar og jordmødrer trengte støtte for å styrka eigen psykiske helse og fremme faglege ferdigheit. Å styrke den emosjonelle støtta til sjukepleiarar kan gjerast gjennom debriefing og utveksling av erfaringar. Dette er med på å bygge opp under påstanden til Kjelsvik m.f. (2018) om debriefing, og vil vera med på å støtte ivaretaking av sjukepleiar sine egne behov. Igjen kan dette bidra til eit betre menneske-til-menneske-forhold som Travelbee skildrar (1999, s. 177-178), der sjukepleiaren må engasjera sine egne følelsar. Involveringa av egne kjensler kan ikkje overskygge det som skjer i forholdet mellom sjukepleiar og pasient påpeikar Travelbee (1999, s. 205).

5.3 Informasjon

For helsepersonell som møter abortsøkjande kvinner kan det vera utfordrande gje å informasjon på ein god måte. På grunn av mangfaldet av kvinner, kan det å tilpasse informasjonen om førebuing og gjennomføring av abort vera vanskeleg. Samstundes som ein skal vera realistisk og førebuande, vil ein ikkje skremme nokon heller. Dette kom fram i artikkel 2 av Kjelsvik m.f. (2018). Kvinnene bør likevel få god informasjon i forkant av valet sitt om å ta abort. Pedersen m.f. (2018) påpeikar at helsepersonell anbefalast å hjelpa kvinnene slik at dei tek eit godt informert val. Dei meina det kan gjerast ved å tilby profesjonell støtte i forhold til kvinna økonomiske, praktiske og eksistensielle bekymringar. Studia visar likevel at kvinnene ynskja meir fokus frå helsepersonell når det kom til emosjonelle og eksistensielle behov. Ein kan tenkje seg til at det er fleire årsakar til at desse behova ikkje blir dekkja. I praksis kan helsepersonell ha mange pasientar i løpet av ein dag, og tida kan ikkje alltid strekke til. Dersom ein ikkje set av nok tid til å gje god informasjon, støtte og omsorg kan helsepersonell kjenne på følelsen av å ikkje strekke til. Når det kjem til dei emosjonelle behova, kan helsepersonell ha vanskar med å møte kvinna på ein god måte då alle pasientar er ulike. For at kvinner skal kjenne seg betre ivaretatt og få den informasjonen dei treng, bør helsepersonell ha nok tid og gode retningslinjer for korleis ein skal gå fram i møte med kvinnene.

Når ein gjev informasjon bør den vera så utfyllande som mogleg, men ikkje så mykje at pasienten blir overlessa. Då kan det bli utfordrande for pasienten å forholda seg til informasjonen og hugse den, som kan føra til meir belastning for pasienten. Etter at informasjonen er forstått og oppfatta kan ein sei at informasjonen er kommunisert (Eide & Eide, 2021, s. 219-220). I tråd med lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2) er helsepersonell pålagde til å sikre at informasjonen blir forstått, og tilpassa til kvar enkelt. Som artikkel 4 av Kjelsvik m.f. (2018) påpeikar, så var det til tider vanskeleg for helsepersonell å tilpasse informasjonen dei skulle gje. Ein kan sjå for seg at det gjev utfordringar for helsepersonell når dei både skal gje utfyllande informasjon som ikkje blir overveldande, gjera seg forstått hjå pasienten og vera realistisk, samstundes som informasjonen skal tilpassast kvar enkelt kvinne. Har helsepersonell alltid tid og ressursar til dette? I følge Lied m.f. (2021) påverkar tidspress helsepersonell negativt, som igjen påverkar pasienten. Sjukepleiarane kan bli rutinebasert og instrumentelle, som kan førar til dårleg ivaretaking av pasienten som enkeltmenneske. Vurdering- og observasjonsevna til sjukepleiaren blir også påverka negativt i følge deira si studie. Ein kan difor stille seg kritisk

til det Eide og Eide (2021, s. 219-220) skriv i litteraturen, der dei skriv at det er viktig å setja av eigen tid til å gje informasjon. Dei skriv at informasjon ikkje bør gjevast under prosedyre, stell eller undersøkingar, fordi sjukepleiaren og pasienten ikkje er hundre prosent til stades under samtalen. Dette kan ein sei seg einig i, men i ein hektisk kvardag der mykje skal effektiviserast kan dette vera einaste moglegheita for å gje informasjonen.

Skal sjukepleiaren forholde seg til NSF sine yrkesetiske retningslinjer, stiller det også krav. Dei seier at pasienten skal ta sjølvstendige avgjersler ved å gje tilstrekkeleg informasjon som er tilpassa, og sikre seg at den blir forstått (NSF, 2019). Så korleis skal ein sikre seg at informasjonen er forstått? Skal ein spørje rett ut om det er forstått og håpe at kvinna gjev eit ærleg svar, eller bør sjukepleiar unngå å bruke ja/nei spørsmål? Erfaring frå praksis tilseier at det å stille opne spørsmål kan gjera det lettare for pasienten å gje eit ærleg svar. Spørsmålsformuleringa som «korleis har du det egentleg?» eller « korleis opplev du situasjonen du står i no?» kan gje kvinna moglegheita for å uttrykke tankane sine. I samtalen kan det også vera gunstig å avklare med kvinna at dersom ho har spørsmål undervegs kan ho avbryte og stille dei med ei gong. Dersom kvinna er usikker, kan også tid til å tenkje vera viktig før valet skal takast. Dette har Kjelsvik m.f. (2019) beskrive i studia si, der helsepersonell tryggja kvinna i at ho kunne ta kontakt igjen etter ho hadde fått tenkt seg om. Her må ein ta i omsyn til kor langt svangerskapet komen, slik at det ikkje overstig den lovlege grensa i veke 12. I studia ser ein også at ei kvinne ikkje fekk kommunisert behovet sitt for dialog om hennar usikkerheit. Hadde sjukepleiar brukt meir tid på å identifisert usikkerheita kunne dialogen komen lettare i gang. Ein kan sjå for seg ulike grunnar til at usikkerheita ikkje blei avdekket. Hadde sjukepleiar nok tid? Stilte sjukepleiar dei rette spørsmåla? Igjen kan ein sjå i studia til Kjelsvik m.f. (2019) at det er vanskeleg å vite kven sitt ansvar det er å avdekket behov for rådgjeving. Dei påpeikar at regelverket ikkje seier noko om støtte og rådgjeving til ambivalente kvinner. Men som tidlegare nemnt skal sjukepleiar gje informasjon grundig og nøytralt slik at kvinna tek eit informert val. Travelbee (1999, s. 159) seier at dersom sjukepleiar ikkje tenkjer over utsegn frå pasienten seier vil kommunikasjonen svikte. Dette kan skje viss sjukepleiar svarar på eit spørsmål for raskt, og ikkje går nærmare inn på kva pasienten eigenleg meina. Dersom dette sviktar kan ein risikera at informasjonen som blir gitt ikkje er tilstrekkeleg, og kan potensielt føra til meir usikkerheit blant kvinner. Sjukepleiar bør difor vera mottakeleg for spørsmål når informasjonen blir gitt, og ta tak i det kvinna lurar på.

6 Konklusjon

I lys av problemstillinga, har denne oppgåva tatt for seg sjukepleie til kvinner som gjennomgår provosert abort. Sjukepleiar må vera førebudd på å møte mange ulike kvinner som vel å ta abort, noko som medfører at kvar kvinne treng individuell omsorg. For at sjukepleiarar skal kunne gje denne omsorga, har ein sett at ulike faktorar må vera på plass. Sjukepleiarar vil trenge tilstrekkeleg med tid og ressursar for å kunne gje kvinnene god informasjon i forkant, under og etter ein medikamentell abort. Det trengst også å fokuserast meir på kvinna sine emosjonelle og eksistensielle behov, som kan gjerast ved spørja kvinna korleis ho har det. Dette kan krevja meir involvering av sjukepleiar sine egne følelsar og verdiar, og kan opplevast som belastande for sjukepleiarane. God nok tid og kultur for debriering mellom helsepersonell kan då føra til at kvinnene får betre omsorg frå helsepersonell. Her må dei administrative ansvarlege legge til rette for at sjukepleirane får denne tida til å ivareta egne behov, då ein ser at sjukepleiarane ofte har lite tid. Gjennom fagleg oppdatering kan sjukepleiarar få meir kunnskap og kompetanse om abort og korleis omsorg for abortsøkjande kvinner. Det kan føra til at sjukepleirane blir tryggare på seg sjølve, som igjen kan påverka omsorga til kvinna positivt.

Sjukepleiarar bør også møte kvinnene på ein ikkje-dømmende måte, men samstundes unngå å påverka valet til kvinna i samsvar til lovverket. Å vise interesse for kvinna sin situasjon kan føra til ein omsorgsfull haldning, og gje kvinna ein kjensle av ivaretaking. Ved å stadfesta det kvinna fortel kan det bidra til å skapa tryggleik, tillit og god relasjon, som ein gjer ved å lytte til kvinna. Dette kan bidra til betre omsorg for abortsøkjande kvinner. God informasjon om abortprosessen er viktig slik at kvinna er førebudd på det som skal skje. Sjukepleiaren må sikre at informasjonen blir forstått, og opne for at kvinna kan spørja om det ho lurar på.

Ein skulle gjerne sett at dette blei fokusert meir på i sjukepleieutdanninga, då det er ei sårbar pasientgruppe. Fleire sjukepleiarar frå forskinga etterlyser meir fagleg oppdatering, noko som burde starta allereie i utdanninga. Pensum litteraturen har større fokus på spontanabort, så her kan det også fokuserast meir på provosert abort.

Bibliografi

- Abortforskriften. (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50-§12). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2001-06-15-635>
- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-2021-05-07-34). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1975-06-13-50>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2021). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg., Bd. 4). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2016 03.06.2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no. Henta 03.05.2022 frå <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 133-168). Gyldendal akademisk.
- Jettestad, M. (2019). Selvbestemt abort. I M. L. Hagtvedt & S. Holan (Red.), *Det nye livet* (3. utg., s. 267-272). Fagbokforlaget.
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 4192–4202. <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers *Nursing Ethics* 26 (7-8), 2135-2146. <https://doi.org/10.1177%2F0969733018819128>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie : Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 53 - 61). Gyldendal Norsk Forlag
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal Akademisk.

- Lied, I. B., Lindgren, M. L. & Helberget, L. K. (2021). Time pressure among nurses can affect quality and patient safety: a systematic review. *Klinisk Sygepleje*, 35(3), 242-254. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- Løkeland, M., Akerkar, R., Askeland, O. M., Faugstad, L. A., Halvorsen, G. S., Heiberg-Andersen, R., Hornæs, M. T., Juliusson, P. B. & Berg, A. T. (2022). *Rapport om svangerskapsavbrot 2021*. Folkehelseinstituttet
<https://www.fhi.no/contentassets/029843d081ce4ae3bddd3a65b17915ae/rapport-om-svangerskapsavbrot-2021.pdf>
- Mauri, P. A. & Squillace, F. (2017). The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 22(3), 227-232.
<https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1318846>
- Nesheim, B.-I. (2021, 2. februar 2021). *abort*. Store medisinske leksikon. Henta 18. mars 2022 frå <https://sml.snl.no/abort>
- NSF. (2019, 23/2/2022). *Yrkesetiske retningslinjer NSF*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Petersen, M. N., Jessen-Winge, C. & Møbjerg, A. C. M. (2018). Scandinavian women's experience with abortions on request: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(7), 1537-1563.
<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003344>
- Qian, J.-I., Pan, P.-e., Wu, M.-w., Zheng, Q., Sun, S.-w., Liu, L., Sun, Y.-p. & Yu, X.-y. (2021). The experiences of nurses and midwives who provide surgical abortion care: A qualitative systematic review. *JAN Leading Global Nursing Research*, 77(9), 3644-3656. <https://doi.org/10.1111/jan.14853>
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter* (2. utg., Bd. 2). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommennesklige forhold i sykepleie* (Bd. 6). Gyldendal Akademisk.