

Sykepleie og påvirkning ved provosert abort

Hvordan påvirker sykepleieren den ambivalente kvinnens
opplevelse av medikamentell abort på gynekologisk avdeling?

Kandidatnummer: 34 & 174
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8878
Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 19.04.2022
Tittel Sykepleie og påvirkning ved provosert abort	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan påvirker sykepleieren den ambivalente kvinnens opplevelse av medikamentell abort på gynekologisk avdeling?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Teori om abort og medikamentell abort presenteres, og sykepleiers helsefremmende og behandlende funksjon og sykepleiers arbeidsoppgaver ved medikamentell abort utdypes. Joyce Travelbee er sentral for å belyse det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie, i sammenheng med teori om kommunikasjon og empati. Ethiske og juridiske aspekter ved abort og sykepleiers yrkesutøvelse belyses.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave der problemstillingen besvares basert på eksisterende fag- og forskningslitteratur om tema. Det benyttes pensum- og egenvalgt litteratur, rapporter, lovverk, retningslinjer og forskningsartikler. Diskusjonen baseres på tre kvalitative forskningsartikler og én oversiktsartikkel som er funnet gjennom søk i CINAHL.</p> <p><u>Drøfting:</u> Funn fra 4 forskningsartikler diskuteres opp mot fremlagt teoretisk, etisk og juridisk kunnskap. Det vil drøftes ulike aspekter ved sykepleiers påvirkning av den ambivalente kvinnens abortopplevelse. Utgangspunktet for diskusjonen er: (1) Helhetlig omsorg; (2) Balansen mellom sykepleiers involvering og distansering; (3) Sykepleiers ikke-dømmende holdning, fremtoning og kommunikasjon; og (4) Vil samfunnets abortklima påvirke sykepleier og den ambivalente kvinnen?</p> <p><u>Konklusjon:</u> Samlet sett finner denne oppgaven at sykepleier påvirker den ambivalente kvinnens abortopplevelse på flere ulike måter, og med både positivt og negativt utfall. Sykepleiers fremtoning og samhandling med kvinnen preges av både distanse og involvering, ulik innfallsvinkel for kommunikasjon, bevissthet for egne og samfunnets holdninger til abort, og ivaretagelse av emosjonelle og psykiske behov. Dette vil påvirke kvinnen uavhengig av hvilke metoder som benyttes. Hver aborthistorie er unik og dermed er det ingen fasitsvar på hva en god abortopplevelse vil være for den enkelte kvinnen.</p>	

(Totalt antall ord: 268)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Problemstilling	2
1.2	Kontekst	2
1.3	Avgrensninger	2
1.4	Begrepsavklaringer	3
1.4.1	Abort	3
1.4.2	Provosert abort	3
1.4.3	Medikamentell abort	3
1.4.4	Fertil kvinne	3
1.4.5	Ambivalens	3
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Abort	4
2.1.1	Medikamentell abort	4
2.2	Sykepleierens funksjon og arbeidsoppgaver ved medikamentell abort	5
2.3	Det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie	6
2.3.1	Menneske-til-menneske-forhold og terapeutisk relasjon	6
2.4	Kommunikasjon og empati	7
2.5	Etiske og juridiske aspekter	8
2.5.1	Etikk	8
2.5.2	Lovverk knyttet til svangerskapsavbrudd	9
2.5.3	Andre relevante lovverk	10
3	Metode	11
3.1	Valg av faglitteratur	11
3.2	Valg av forskningslitteratur	12
3.2.1	Inklusjonskriterier	12
3.2.2	Søkehistorikk	13
3.3	Kildekritikk	15
3.3.1	Faglitteratur	15
3.3.2	Forskningslitteratur	16
3.4	Etiske overveieleser	17
4	Presentasjon av forskningsresultater	18
5	Diskusjon	22
5.1	Helhetlig abortomsorg	22
5.2	Balansen mellom sykepleiers involvering og distansering	23
5.3	Sykepleiers ikke-dømmende holdning, fremtoning og kommunikasjon	26
5.4	Vil samfunnets abortklima påvirke sykepleier og den abortsøkende kvinnen?	28
6	Avslutning	31
	Referanseliste	32

1 Innledning

I 2021 ble det i Norge gjennomført 10 341 selvbestemte svangerskapsavbrudd. Dette er 95,4 % av alle gjennomførte aborter i 2021. Aborttallene har vært historisk lave de siste årene, og statistikken er fremdeles fallende med en nedgang på 2,2 % fra 2020 til 2021 (Løkeland et al., 2022, s. 8-9; Løkeland-Stai, 2022). I Norge vil likevel gjennomsnittlig hver tredje kvinne ta abort i løpet av livet (Austveg, 2017, s. 23). I Folkehelsemeldingen prioriteres og satses det på å forebygge uønskede svangerskap og abort. Kunnskap og tilgang til veiledning om egen seksuell og reproduktiv helse kan være helsefremmende (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 132).

Kvinnens rettigheter omkring selvbestemt abort i Norge reguleres i abortloven (1975), og hun har rett til selvbestemt svangerskapsavbrudd til og med uke 12 (Abortloven, 1975, § 2). Abort er privat og kvinnens avgjørelse, men er samtidig et tema samfunnet har mange synspunkter på (Sandvik & Syéd, 2021, s. 13). Det er et tema mange kvinner unnlater å omtale og holder hemmelig (Austveg, 2017, s. 101), og oppfatninger i samfunnet og hos individer om at abort er moralsk og/eller sosialt uakseptabelt bidrar til abortstigma (Cockrill et al., 2013, referert i Austveg, 2017, s. 101).

Kvinner opplever og møte med helsepersonell i abortomsorgen preges også av tabu, hemmelighold og eksisterende holdninger i samfunnet, og er gjentatte ganger blitt skrevet om i media. Det rapporteres om helsepersonells manglende forståelse, kald og rutinebasert gjennomførelse og subjektive meninger om selvbestemmelse, som bidrar til psykiske påkjenninger for kvinnene. Mangelfull oppfølging av kvinnene i etterkant, samt et begrenset fokus på psykisk helse i forbindelse med abort belyses også (Berteussen, 2021; Robak, 2021). Det kommer også frem i forskningslitteratur hvordan kvinner opplever seg utilstrekkelig ivaretatt av helsepersonell, og at abortomsorgen må tilpasses og individualiseres til hver enkelt kvinne gjennom hele prosessen (Georgsson et al., 2019, s. 385; Wang et al., 2020, s. 865).

Avgjørelsen om å ta abort kan for mange kvinner være vanskelig og preget av ambivalens. Kvinnene kan oppleve både psykiske, fysiske, økonomiske og sosiale grunner for valget, noe som gjør situasjonen sammensatt og krevende (Jerpseth, 2016, s. 159). Usikkerheten og ambivalensen kan gjerne være gjeldende helt opp til selve inngrepet, og i etterkant kan kvinnen ha blandede følelser og vanskeligheter med å uttrykke disse på grunn av egen

følelseskonflikt og andres forventninger (Jerpseth, 2016, s. 159 & 161). For ifølge Sandvik & Syéd (2021, s. 14) må det ikke glemmes at hver abortopplevelse er unik.

Kvinnehelse og den pågående debatten om selvbestemt abort er noe som engasjerer oss som sykepleierstudenter, og vi ønsker i vår bacheloroppgave å utforske hvordan sykepleier arbeider i møte med den abortsøkende kvinnen. Vi ønsker å se på både sykepleieres og kvinners erfaringer og opplevelser knyttet til provosert abort på sykehus. Det kan være interessant å undersøke hvordan sykepleier påvirker kvinnenes abortopplevelse, samt forholder seg til samfunnets abortklima og kvinnenes ambivalens og autonomi. Å bidra til en økt forståelse for hvordan sykepleier kan ivareta den enkelte kvinnes behov inngår også i den helhetlige yrkesutøvelsen, og er derfor relevant for vår grunnutdanning.

1.1 Problemstilling

Hvordan påvirker sykepleieren den ambivalente kvinnens opplevelse av medikamentell abort på gynekologisk avdeling?

1.2 Kontekst

I Norge må medikamentell abort i svangerskapsuke 9-12 gjennomføres på sykehus, eksempelvis gynekologisk avdeling (Bjørge et al., 2021). Kvinnen befinner seg vanligvis på sykehuset i 4-6 timer og behandles poliklinisk. I dette tidsrommet har sykepleier en sentral rolle i møte med kvinnen og i gjennomføringen av behandlingen (Helsenorge, 2020; Oslo Universitetssykehus, 2021). Kvinnene kan ha ulike opplevelser og være usikre på om de faktisk vil gjennomføre prosedyren, noe sykepleier må imøtekomme og håndtere. Sykepleier må også forholde seg til kvinnenes autonomi og balansen mellom involvering og avstand. Denne konteksten er en verdifull setting der sykepleiers pasientsamhandling og påvirkning kan undersøkes, noe som er relevant for oppgavens problemstilling.

1.3 Avgrensninger

Vårt pasientfenomen er fertile kvinner over 16 år som ønsker utført medikamentell abort mellom svangerskapsuke 9 og 12. Det er valgt å avgrense til kvinner over 16 år, da kvinnen

skal kunne ta en selvstendig avgjørelse og til maksimum 12. svangerskapsuke av samme grunn. Så lenge kvinnene er innenfor fertil alder vil det ikke være hensiktsmessig å avgrense til en spesifikk aldersgruppe. Hver enkelt kvinne har sin individuelle opplevelse og reaksjon, som ikke baserer seg på alder. Årsaken til svangerskapsavbruddet skal ikke ha bakgrunn i hverken kvinnens eller fosterets helse, men kun kvinnens lovfestede rett til abort. Kun medikamentell abort er inkludert i oppgaven da dette er den mest benyttede metoden i Norge. Kirurgisk abort omfatter i tillegg andre faktorer knyttet til kirurgi og anestesi som ikke vil være fokus i denne oppgaven (Jerpseth, 2016, s. 160).

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Abort

Et svangerskapsavbrudd der fosteret ikke er levedyktig, og det skilles mellom spontane og provoserte (NOU 1994: 22, s. 15).

1.4.2 Provosert abort

«Svangerskap som velges avbrutt i henhold til norsk lov» (Bjørge et al., 2021, «Definisjon»).

1.4.3 Medikamentell abort

«En skånsom behandling der man ved hjelp av medikamenter får kroppen til å abortere.» (Oslo universitetssykehus, 2021). I litteraturen omtales denne metoden både som medikamentell og medisinsk abort. Heretter vil medikamentell abort benyttes.

1.4.4 Fertile kvinne

Kvinne mellom 15-49 år (Løkeland et al., 2022, s. 8).

1.4.5 Ambivalens

«Ambivalens betyr å ville og ikke-ville samtidig.» (Håkonsen, 2014, s. 324).

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet presenteres teori og relevant fagkunnskap om abort og medikamentell abort, samt sykepleiers funksjon og ansvar i denne konteksten. Deretter vil perspektiver på det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie belyses ved hjelp av Travelbee (1999). Teori omhandlende kommunikasjon og empati utforskes, før det avslutningsvis vil trekkes frem etiske og juridiske aspekter både generelt for sykepleier og i abortkontekst.

2.1 Abort

Det skilles mellom spontanabort og provosert abort. Ved spontanabort avbrytes svangerskapet ufrivillig og inntreder dermed av seg selv, i motsetning til provosert abort der svangerskapsavbruddet er et bevisst valg og utføres medikamentelt eller kirurgisk (NOU 1994: 22, s. 15-16). Siden 2008 har medikamentell metode vært hyppigst brukt, og i 2021 ble 95,3 % av svangerskapsavbruddene gjennomført med denne metoden (Løkeland et al., 2022, s. 9). Dette relateres til at behandlingen er mer skånsom og krever mindre ressurser, samt medfører mindre risiko for komplikasjoner enn kirurgisk metode (Jerpseth, 2016, s. 160).

2.1.1 Medikamentell abort

Ved medikamentell abort kan kvinnen velge om hun vil være hjemme eller på sykehuset i samråd med lege/sykepleier (Oslo Universitetssykehus, 2021). Forutsetninger for hjemmeabort er at kvinnen er frisk, over 18 år, at svangerskapet ikke har kommet lengre enn uke 9 og at hun har noen hos seg (Bjørge et al., 2021; Ulvund, 2019, s. 820). Trinnene og gjennomførelsen av hjemmeabort vil vi ikke gå nærmere inn på med hensyn til oppgavens avgrensning. Når kvinnen gjennomfører abort på sykehus vil hun først innta et progesteronhemmende legemiddel per os på gynekologisk avdeling. Hun vil deretter returnere etter 1-3 dager for å innsette vagitorier med prostaglandin i skjeden. Dette fører til at cervix dilateres og uterusmuskulaturen kontraheres slik at fostervev og placenta støtes ut, og kvinnen kan da oppleve sterke menstruasjonsliknende smerter. Hodepine, kvalme og oppkast opptrer også som bivirkninger av vagitoriene (Jerpseth, 2016, s. 160; Felleskatalogen, 2021; Oslo Universitetssykehus, 2021). For å sikre at vagitoriene ikke glir ut må kvinnen være sengeliggende den første timen. Kvinnen vil vanligvis måtte befinne seg på sykehuset i 4-6 timer før hjemreise relatert til prosedyrens omfang/varighet, men for noen er det aktuelt å bli

over natten. Dette kan eksempelvis skyldes at det tar lengre tid å abortere (Jerpseth, 2016, s. 160; Helsenorge, 2020; Oslo Universitetssykehus, 2021). Menstruasjonslignende blødning er vanlig, og infeksjonskomplikasjoner kan forekomme i etterkant av prosedyren (Jerpseth, 2016, s. 160; Ulvund, 2019, s. 820).

2.2 Sykepleierens funksjon og arbeidsoppgaver ved medikamentell abort

Sykepleieren har i utøvelsen av yrket flere funksjonsområder og i forbindelse med oppgavens problemstilling er det relevant å trekke frem den helsefremmende og den behandlende funksjonen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22; Tveiten, 2020, s. 26). I all utøvelse av sykepleie bør sykepleieprosessen benyttes for å sikre en helhetlig ivaretagelse av pasienten, noe som inngår i sykepleierens behandlende funksjon. Dette innebærer at sykepleier kartlegger, vurderer, beslutter og evaluerer pasientens sykepleiebehov (Ehnfors et al., 2015, s. 15; Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Sykepleier arbeider helsefremmende gjennom å styrke pasientens egne ressurser der det legges vekt på samhandling og maktfordeling ved å anerkjenne at pasienten er ekspert på seg selv og medvirker i egen behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22; Tveiten, 2020, s. 26). I følge Tveiten (2020, s. 22) handler helsefremming også om å legge til rette for mestring av belastende situasjoner, og å hjelpe den andre å forstå og håndtere disse.

Sykepleier har i abortomsorgen en rekke arbeidsoppgaver, og favner tiltak knyttet til både fysiske og psykiske behov (Mainley et al., 2020, s. 1523). I forkant av prosedyren har sykepleier ansvar for å sikre at kvinnen mottar nødvendig informasjon om alternativer til abort og støtteordninger som eksisterer i tilfelle kvinnen ønsker å fortsette svangerskapet (Ulvund, 2019, s. 821). I tilfeller der det oppfattes tvilsomhet for beslutningen, kan sykepleier råde kvinnen til å returnere ved et senere tidspunkt innenfor 12-ukersgrensen (Jerpseth, 2016, s. 160).

Alle abortsøkende kvinner må gjennomgå blodprøver og ultralydundersøkelse før aborten igangsettes. Dette gjennomføres av sykepleier på gynekologisk avdeling (Ulvund, 2019, s. 820). Sykepleier informerer også om prosedyren og risiko ved behandlingen, opplyser om praktiske hensyn som må tas, samt situasjoner der kvinnen skal kontakte lege i etterkant. Særlig vektlegges det at kvinnen må være oppmerksom på infeksjonstegn, unormal lang underlivsblødning og uttalte smerter (Ulvund, 2019, s. 821; Jerpseth, 2016, s. 162). Deretter

kan prosedyren igangsettes og sykepleier administrere det progesteronhemmende legemidlet, forutsatt at kvinnen har tatt den endelige avgjørelsen (Jerpseth, 2016, s. 160; Sandvik & Syéd, 2021, s. 25). Ifølge Jerpseth (2016, s. 161) er det på dette tidspunktet viktig at sykepleier er støttende, forståelsesfull og respekterer kvinnens avgjørelse. Når kvinnen returnerer til gynekologisk avdeling etter 1-3 dager administrerer sykepleier legemiddel med prostaglandin intravaginalt, samt smertestillende profylaktisk og ved behov etter legens forordning (Jerpseth, 2016, s. 160). Sykepleier observerer kvinnens vitalia under sykehusoppholdet, for å tidlig identifisere komplikasjoner og vurdere behovet for legetilsyn (Jerpseth, 2016, s. 161-162).

2.3 Det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie

Joyce Travelbee var psykiatrisk sykepleier og lærer på sykepleierutdanningen i USA (Jensen, 1999, referert i Travelbee, 1999, s. 5). I hennes teori fremheves særlig kommunikasjon og mellommenneskelig og individualisert sykepleie (Kirkevold, 2001, s. 114). Dette kan være relevant for å belyse og undersøke sykepleiers arbeid med og kvinnenes erfaringer knyttet til provosert abort, og dermed gunstig for oppgavens problemstilling. Travelbee (1999, s. 171) benytter seg ikke av termen «pasient» da dette er motstridende til teoriens grunnforutsetning om at sykepleier og den som mottar sykepleie skal forstå hverandre som unike individer. Vi vil derfor omtale vår pasientgruppe som «kvinnen», «individet», «den andre», «den som mottar sykepleie», med mindre annen faglitteratur spesifikt har benyttet termen «pasient».

2.3.1 Menneske-til-menneske-forhold og terapeutisk relasjon

Å hjelpe enkeltindividet til å mestre eller forebygge sykdom og lidelse, samt finne mening i disse erfaringene, er sykepleierens hensikt og mål. Målet oppnås gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold mellom den som mottar sykepleie og sykepleier - et virkemiddel som bevisst blir skapt og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 41 & 171). En reell kontakt mellom to parter kan ikke oppstå før hver enkelt i interaksjonen opplever hverandre som et menneske og unikt individ (Travelbee, 1999, s. 171). For den som mottar sykepleie innebærer dette å ikke behandles som en prosedyre, en sykdom eller en stereotypi av alle pasienter sykepleieren har kontakt med, men som et individ med unike opplevelser og erfaringer (Travelbee, 1999, s. 178; Kirkevold, 2001, s. 114). Det er ifølge Travelbee (1999, s. 41) slike erfaringer som karakteriserer et menneske-til-menneske-

forhold. Hver abort utgjør en unik historie, og hver kvinne har individuelle reaksjoner på sin situasjon (Austveg, 2017, s. 37; Sandvik og Syéd, 2021, s. 14). Menneske-til-menneske-forholdet dannes ikke «av seg selv», men bygges opp gjennom samhandling og krever strukturerte og bevisste sykepleieintervensjoner der sykepleier både må se og forstå individet (Travelbee, 1999, s. 171-172).

Travelbee vektlegger at sykepleier bør tilnærme seg problemer intellektuelt og disiplinert kombinert med å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 41). Å bruke seg selv terapeutisk handler om selvinnsikt i hvordan egen atferd påvirker andre slik at effektiv handling oppnås, og stereotypiske reaksjoner unngås. Ved å gjøre dette kan sykepleieintervensjonene struktureres og et forhold til individet etableres. Sykepleierens egen personlighet blir benyttet som et bevisst og målrettet hjelpemiddel i kombinasjon med vitenskapelig kunnskap og innsikt, for å sikre at pasienten behandles som individ heller enn objekt (Travelbee, 1999, s. 44-46). I abortomsorgen vil den tilhørende stigmatiseringen påvirke både sykepleieren og kvinnen, og har noe å si for atferd, holdninger og følelser (Cockrill et al., 2013, referert i Austveg, 2017, s. 101). Å bruke seg selv terapeutisk innebærer også at sykepleier er ydmyk, sårbar og våger å være et ekte menneske. Slik kan sykepleier hjelpe individet til å stå i situasjonen slik den er, anerkjenne virkeligheten og bidra til mestring av «nå» (Travelbee, 1999, s. 44-46).

2.4 Kommunikasjon og empati

Kommunikasjon er en utveksling av tegn og signaler der to eller flere parter initiativ og respons kontinuerlig og gjensidig påvirker hverandre (Eide & Eide, 2017, s. 31). Travelbee vektla også hvordan kommunikasjon er komplisert og tosidig, og både verbale og non-verbale signaler fra pasienten må oppfattes, forstås og vurderes av sykepleieren for å komme i posisjon til å kunne iverksette tiltak (Eide & Eide, 2017, s. 366). Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men et middel og en prosess for å sikre at sykepleiers hensikt og mål ivaretas, og er i kontinuerlig utvikling (Travelbee, 1999, s. 138-140). En relasjon mellom pasient og sykepleier anses som et naturlig grunnlag for god profesjonell kommunikasjon. Å kunne se pasienten som en hel person bidrar til at kommunikasjonen blir personorientert, og innebærer aktiv lytting og kunne se den andre som et unikt individ. Gjennom personorientert kommunikasjon utforsker og anerkjenner sykepleier det som den andre personlig opplever som verdifullt, og det er nødvendigvis ikke slik man har forestilt seg i forkant (Eide & Eide,

2017, s. 16). Å stimulere personens motivasjon til å mestre sin situasjon er en viktig kommunikativ oppgave for sykepleier (Eide & Eide, 2017, s. 47-48). Empati er en profesjonell ferdighet hos sykepleier som gir evne til å lytte og til å forstå pasientens situasjon, følelser, reaksjoner og tanker gjennom innlevelse. Det vil kunne hjelpe sykepleier til å respondere bekreftende og støttende tilpasset den enkelte, samt styrke relasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 157-158).

Kommunikasjon foregår mellom sykepleieren og den som mottar sykepleie til ethvert tidspunkt de er sammen, både når de er tause, og i samtale. Verbal kommunikasjon kommer til uttrykk gjennom ord og samtale, mens non-verbal både kan ledsage den verbale og eksistere alene (Travelbee, 1999, s. 135 & 138). Ord, tegn og uttrykk som kommer frem i kommunikasjonen kan ha ulik betydning og oppfattes ulikt hos de forskjellige partene (Eide & Eide, 2017, s. 31-32). Sykepleier må være oppmerksom på språkbruk, ordlegging, tempo og tonefall, samt kroppsspråk, ansiktsuttrykk, berøring og gestikulering (Armstrong, 2007, s. 14). Samtalen kan også styres og struktureres av sykepleier gjennom spørsmål, med hensikt å skape klarhet i det som er uavklart gjennom å tilrettelegge for at den andres tankerefleksjon og -utforsking. Dette bidrar til etableringen av en trygg relasjon (Eide & Eide, 2017, s. 191-192). Noe spesifikt kan bekreftes/avkreftes med «ja» eller «nei» gjennom å stille et lukket spørsmål. Dersom man ønsker et mer utfyllende svar og beskrivelser der den andre deler følelser og opplevelser er åpne spørsmål mer egnet (Eide & Eide, 2017, s. 196 & 202). Det nonverbale og det verbale som kommuniseres bør være i kongruens/overensstemmelse og understøtte hverandre slik at det som uttrykkes vil fremstå som både pålitelig, ekte og tillitvekkende. Det er særlig de non-verbale tegnene som kan føre til svekket tillit og misforståelser, noe sykepleier må være observant på både hos seg selv og pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 137-138).

2.5 Ethiske og juridiske aspekter

2.5.1 Etikk

Etikk skal kunne rettlede i konkrete situasjoner, hvor det å fremme pasientens beste er den overordnede verdien (Nortvedt, 2016, s. 44 & s.48). Som rettesnor i sykepleien eksisterer etiske prinsipper om velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet som bygger på felles tenkning om mennesket (Nortvedt, 2016, s. 96; Molven, 2019, s. 70). Autonomiprinsippet går

ut på at man skal anerkjenne pasienten som et rasjonelt menneske med evne til kritisk selvrefleksjon. Ved å følge dette prinsippet vil menneskeverdet respekteres hvor hver og en har like og universelle rettigheter til å foreta egne valg, også innen helsehjelp (Nortvedt, 2016, s. 98). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er også relevant å trekke frem da disse angir verdier og normer for praksis for å sikre profesjonell etisk behandling. Retningslinjene gir rom for tolkninger og vurderinger, og sykepleieren kan bruke egne erfaringer og verdier i den konkrete situasjonen (Molven, 2019, s. 71-73). Sykepleierne skal eksempelvis ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, yte omsorgsfull hjelp, respektere integritet og verdighet, fremme rett til selvbestemte valg, samt beskytte mot krenkende handlinger (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Noen abortsøkende kvinner opplever ambivalens for avgjørelsen og krever i varierende grad støtte fra sykepleier tilpasset kvinnens omstendigheter (Jerpseth, 2016, s. 159 & 161). Personlige synspunkter skal ikke påvirke abortomsorgen som gis, da sykepleier har et faglig og profesjonelt ansvar om å verne om pasientens integritet (Bradley, 2015, s. 24). Balansen mellom å involvere seg og distansere seg anses som et etisk dilemma, og er noe sykepleier må være oppmerksom på i møte med pasienten. Den profesjonelle yrkesutøvelsen krever at sykepleier er empatisk og utviser støtte, samtidig som en viss distanse skal opprettholdes da det er pasientens problem, ikke sykepleierens. Dette bidrar også til ivaretagelsen av pasientens selvbestemmelse (Slettebø, 2021, s. 50; Sneltvedt, 2021, s. 151-152). I abortavgjørelsens kontekst er målet å legge til rette for at kvinnen tar et selvstendig valg uten at sykepleier påvirker eller gjør avgjørelsen vanskeligere (Lipp, 2008, s. 13).

2.5.2 Lovverk knyttet til svangerskapsavbrudd

I Norge reguleres kvinnens tilgang til og rettigheter knyttet til abort i abortloven (1975) og abortforskriften (2001). Kvinnen har selv rett til å ta avgjørelsen om å avslutte svangerskapet inntil uke 12 og har i forkant krav på objektiv informasjon, råd og veiledning uten personlige vurderinger fra helsepersonell (Abortloven, 1975, § 2; Abortforskriften, 2001, § 2). Et ønske om svangerskapsavbrudd skal fremsettes overfor lege, sykehus eller institusjon som er godkjent til å utføre prosedyren. Legen sender deretter en skriftlig henvisning til institusjonen eller avdelingen som utfører prosedyren (Abortloven, 1975, §§ 5, 6; Abortforskriften, 2001, § 1). Ved svangerskapsavbrudd etter uke 12 treffes avgjørelsen av en nemd i samråd med kvinnen (Abortloven, 1975, §7). Så fremt kvinnen er over 16 år fremsettes ønsket om

svangerskapsavbrudd av kvinnen selv (Abortloven, 1975, § 4). Dersom kvinnen ønsker veiledning om svangerskapsforebyggende tiltak i etterkant av prosedyren, har hun rett til dette (Abortloven, 1975, §14 a).

Helsepersonell kan fritas fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd av samvittighetsgrunner. Ved medikamentell abort kan fritaket gjelde for de som forskriver eller administrerer de svangerskapsavbrytende medikamentene, selv om kvinnen inntar legemidlene selv. Fritaket gjelder ikke for helsepersonellet som før, under og etter svangerskapsavbruddet steller kvinnen (Abortforskriften, 2001, § 15).

2.5.3 Andre relevante lovverk

Sykepleier skal alltid jobbe innenfor helsepersonellovens rammer, der særlig krav om forsvarlighet, rett til informasjon og taushetsplikt er relevant for oppgavens kontekst (Helsepersonelloven, 1999, §§ 4, 10, 21). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §§ 2-1b, 3-1, 3-2) beskriver pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og rett til medvirkning og informasjon. Regionale helseforetak er pliktig å sikre befolkningen tilbud om spesialisthelsetjenester, samt forsvarlige helsetjenester med et helhetlig og koordinert helsetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §§ 2-1 a, 2-2).

3 Metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave, der problemstillingen besvares basert på eksisterende teori, fag- og forskningslitteratur (Dalland, 2020, s. 199). I metodekapitlet beskrives valg av faglitteratur, samt inklusjonskriterier, fremgangsmåte og søkehistorikk for relevante forskningsartikler. Deretter foretas det kildekritikk på benyttet litteratur og etiske overveielser vi har gjort i arbeidet med oppgaven.

3.1 Valg av faglitteratur

Vi har etterspurt relevant faglitteratur på høgskolens bibliotek, samt foretatt egne søk i Oria. Vi har også gjennomgått pensumbøker fra tidligere emner for å innhente egnede kilder til å belyse vår problemstilling. Jerpseth (2016), Ulvund (2019), Oslo Universitetssykehus (2021), Helsenorge (2020), NOU 1994:22 (1994) og Bjørge et al. (2021) brukes som kilder til sykepleiers funksjon og arbeidsoppgaver i abortomsorgen, samt abortprosessen og gjennomføringen. For å beskrive mer grunnleggende om sykepleiers funksjonsområder og sykepleieprosessen er Nordtvedt og Grønseth (2016), Tveiten (2020) og Ehnfors et al. (2015) benyttet. Vi har valgt ut Joyce Travelbee's sykepleieteori om det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie, og Travelbee (1999) og Kirkevold (2001) brukes for å utdype dette. Hovedsakelig er Eide og Eide (2017) brukt for å beskrive sykepleiers kommunikasjon og empati, men også Travelbee (1999) og Armstrong (2007) som supplement.

Statistikk og analyse om abort i Norge har blitt innhentet fra Løkeland et al. (2022) og Løkeland-Stai (2022) med nyeste registrerte tall. Austveg (2017) og Sandvik og Syéd (2021) er av verdi for å gi et innblikk i aborttematikken og dagens abortklima i Norge. For å supplere faglitteraturen og belyse temaet ytterligere er også fag- og forskningsartikler, samt nyhetsartikler anvendt. Nortvedt (2016), Molven (2019), Norsk sykepleierforbund (2019), Slettebø (2021) og Sneltvedt (2021) brukes for å presentere etiske rammer sykepleier forholder seg til. Generelle lovverk om sykepleiers plikter og pasientens rettigheter, samt lovverk knyttet til abort er hentet fra Lovdata.

3.2 Valg av forskningslitteratur

3.2.1 Inklusjonskriterier

Tabell 3.1 Inklusjonskriterier

<ul style="list-style-type: none">• Kvalitative studier og systematiske oversiktsartikler• Publisert i fagfelleverderte tidsskrift• Publisering 01.01.2008-d.d.• Studier gjennomført i land med et tilsvarende helsevesen som det norske• Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk• Kvinner over 16 år• Kvinner i svangerskapsuke 9-12• Medikamentell abort på sykehus

Oppgavens inklusjonskriterier som presenteres i tabell 3.1 baseres på valgt problemstilling, kontekst og avgrensninger presentert i kapittel 1. Da oppgavens problemstilling på en gunstigere måte kan besvares gjennom kvalitative studier der funn består av deltakeres opplevelser og erfaringer har andre typer studier blitt ekskludert. Systematiske oversiktsartikler er også gunstig for å gi et helhetlig blikk av litteraturen på tema, og er derfor inkludert. Siden 2008 har medikamentell metode vært hyppigst brukt (Løkeland et al., 2022, s. 9), og vi har derfor valgt å avgrense publiseringstidspunkt for forskningslitteratur til det samme året, da oppgavens fokus er medikamentell abort.

Vi har også tilstrebet å finne forskning gjennomført i land der helsevesenet og abortomsorgen kan overføres til norsk kontekst. *Scandinavia* ble benyttet som søkeord i søk nr. 3 for å redusere antall treff og ivareta inklusjonskriteriet om overførbarhet til norsk helsevesen. I søk nr. 2 var antall treff overkommelig nok til å sikre dette ved manuell gjennomgang av artiklene. For studier som undersøker stigmatisering knyttet til kvinnes opplevelse av abort, vil denne overførbarheten til norsk helsevesen ikke være like aktuell, da slik problematikk ikke er unikt i norsk eller skandinavisk kontekst. Vi har likevel avgrenset til *europa* og *continental europa* i søk nr. 1, både for å begrense antall treff, men også for å ekskludere studier på kontinenter og i land som er svært ulike Norge. Vi har deretter vurdert artiklene og geografisk opprinnelse manuelt i trefflisten. Ikke-engelskspråklige artikler har blitt ekskludert for at vi skal kunne forstå innholdet. I tilfeller der antall resultater har vært svært høye har vi brukt språk som et inklusjonskriterium for å ekskludere artikler på annet språk enn beskrevet i tabell 3.1. Vår kontekst legger til grunn at kvinnen må befinne seg på sykehus, men dette har ikke blitt benyttet som direkte inklusjonskriterium. I innledende søk ble det forsøkt å legge til

søkeord som *inpatient, hospital, hospitalization* og *day care*, men vi fikk da få og lite relevante resultater. Vi har derfor sørget for at kontekst er ivaretatt gjennom å lese artiklers sammendrag. Da har vi også kontrollert at inklusjonskriteriene om abortmetode, kvinnenes alder og svangerskapslengde er ivaretatt.

3.2.2 Søkehistorikk

Innledningsvis i prosessen med å finne aktuelle forskningsartikler ble databasene CINAHL, PubMed og MEDLINE benyttet. Søkene i de to sistnevnte databasene ga svært generelle og høyt antall treff der få var relevante for problemstilling på tross av avgrensninger og ulike søkekombinasjoner. Derfor er kun CINAHL brukt. CINAHL er en internasjonal database med engelskspråklig litteratur om sykepleie og andre helsefag (Helsebiblioteket, u.å.). Det ble benyttet flere søkeord i ulike kombinasjoner. Antall søkeord har i løpet av prosessen utvidet seg, da relevante artikler funnet har gitt inspirasjon til inkludering av nye søkeord. I søkeprosessen har søkeord i forkant blitt sortert i passende kategorier som *abort, sykepleier, pasientopplevelser* og *intervensjoner*. Søkeordene i de ulike kategoriene ble adskilt med OR og selve kategoriene med AND. Oversikt over søkeord presenteres i tabell 3.2. Disse kategoriene har bidratt til å strukturere søket, samt utvide resultatlisten da synonymer og liknende uttrykk har åpnet for at flere forskningsartikler ble funnet.

Arbeidet med å finne relevante forskningsartikler har strukket seg over flere måneder der noen artikler har blitt valgt og deretter forkastet, da problemstilling og oppgavens vinkling har endret seg basert på både lesing av forskning og annen faglitteratur. Likevel har forskningsartiklene bidratt til funn av ytterligere artikler gjennom perlesøk der referanselisten er gjennomgått. Selv om artikler funnet gjennom perlesøk ikke har blitt inkludert i oppgaven har det bidratt til en oversikt over litteraturen på valgt tema. Ikke-inkludert forskning har blitt benyttet i introduksjon til problemområdet og for å underbygge annen fagkunnskap. Valgte forskningsartikler og søkehistorikk presenteres i tabell 3.2.

Tabell 3.2 Søkehistorikk med dato, database, søkeord, antall treff og inkluderte artikler

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
02.12.21	1	CINAHL	<p>1.Abortion, induced 2.Abortion 3.Abortion care 4.Abortion on request 5.1 OR 2 OR 3 OR 4 6.Attitude 7.Experience 8.Stigma 9.Shame 10.Support, psychosocial 11.Reaction 12.6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 13.Women´s health 14.Mental health 15.Emotions 16.13 OR 14 OR 15 17.5 AND 12 AND 16</p> <p>Som gir 804 treff.</p> <p>Videre avgrensninger: Publisering 01.01.2008-d.d</p> <p>Språk: dansk, engelsk, norsk, svensk</p> <p>Geographic subset: continental europe, europe</p>	228	40	4	1	Astbury-Ward, E., Parry, O. & Carnwell, R. (2012). <i>Stigma, Abortion and Disclosure-Findings from a Qualitative Study.</i>
15.03.22	2	CINAHL	<p>1.Abortion, induced 2.Abortion care 3.Pregnancy, Trimester, First OR Pregnancy, Unwanted OR Pregnancy, Unplanned 4.1 OR 2 OR 3 5.Nurse-Patient Relations 6.Nursing care 7.Nursing Interventions</p>	13	5	2	1	Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018). <i>Walking on a tightrope-Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester.</i>

			8.Women´s health 9.5 OR 6 OR 7 10.4 AND 8 AND 9 Som gir 21 treff. Videre avgrensninger: Publisering 01.01.2008- 31.12.2022					
15.03.22	3	CINAHL	1.Abortion 2.Abortion, Induced 3.Abortion care 4.Abortion on request 5.1 OR 2 OR 3 OR 4 6.Experience 7.Reactions 8.6 OR 7 9.5 AND 8 Som gir 1455 treff. Videre avgrensninger: Publisering 01.01.2008-d.d. Språk: dansk, engelsk, norsk, svensk 10.Scandinavia 11.9 AND 10	31	25	3	2	Petersen M. N., Jensen-Winge, C. & Møbjerg A. C. M. (2018). <i>Scandinavian women´s experiences with abortion on request: a systematic review.</i> Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019). <i>Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers.</i>

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er viktig for å vise at oppgavens anvendte litteratur er vurdert opp mot tema og problemstilling (Dalland, 2017, s. 143). I denne delen vil en slik vurdering av både benyttet faglitteratur og forskningslitteratur forklares.

3.3.1 Faglitteratur

Relevant faglitteratur har i stor grad blitt funnet på høgskolens bibliotek, som sannsynligvis ikke har all litteratur om oppgavens tema tilgjengelig. Av litteraturen som har vært tilgjengelig for oss har vi gjennomgått svært mange kilder om abort og sykepleiers funksjon

ved abort for å få et overblikk, samt sikre at det kan relateres til vår problemstilling. Det har vært nødvendig å benytte flere kilder for å skape et helhetlig kunnskapsgrunnlag. Vi har også måttet oppsøke flere fagbøker som omhandler etikk for å kunne knytte sykepleiers etiske handlingsrom og utfordringer til vår kontekst.

På tross av at Travelbee (1999) er over 20 år gammel er dette en primærkilde, noe vi har etterstrebet å bruke for å unngå tolkningsfeil. Vi har likevel benyttet Kirkevold (2001) for å få et overblikk over teoriens viktigste elementer. Vi anser derfor ikke kilden som faglig uheldig å bruke, selv om denne også er over 20 år gammel. NOU 1994:22 (1994) er benyttet som kilde til fakta om abort og abortmetoder, og er derfor like aktuell å bruke nå.

3.3.2 Forskningslitteratur

Det kan kritiseres at kun databasen CINAHL er benyttet til søk, da mangelen på bruk av andre relevante databaser kan ha ført til at studier med lik relevans og andre perspektiver kan ha blitt oversett. Som studenter på grunnutdanningen i sykepleie har vi ingen formell erfaring med litteratursøk på dette nivået. Det kan dermed ikke utelukkes at valg av inklusjonskriterier og søkeord kan ha ført til at annen relevant forskningslitteratur ikke ble funnet. De fire inkluderte forskningsartiklene er alle publisert i fagfellevurderte tidsskrift, på nivå 1 eller nivå 2. Dette innebærer at uavhengige fagpersoner har vurdert de enkelte artiklene i tidsskriftet til å være av vitenskapelig standard og kvalitet (Dalland, 2020, s. 145). CASP-sjekkliste for kvalitative studier og oversiktsartikler har blitt benyttet for kvalitetssikring og kritisk vurdering av de valgte forskningsartiklene. Ved gjennomgang av valgte artikler har vi vurdert om resultatene er til å stole på, hva resultatene forteller oss og om de er relevante for vår problemstilling. Vi har vurdert at alle artiklene møter disse kravene.

Ved å ekskludere forskning fra tidligere enn 2008 er det en viss risiko for at artikler som kan ha vært like relevante for å belyse oppgavens problemstilling har blitt utelukket. Alle forskningsartiklene er engelskspråklige, og det er derfor en mulighet for at misforståelser kan ha oppstått i tolkningen. Artiklene som er inkludert avgrensner ikke til en spesifikk alder hos kvinnene, men uavhengig av alder og livssituasjon vil abortomsorgen og sykepleien kvinnene mottar være den samme. Tre av forskningsartiklene har henholdsvis 13, 17 og 19 deltakere, noe som kan gjøre det vanskelig å generalisere resultatene. Dette er likevel et kjennetegn ved kvalitativ forskning, siden hensikten er å undersøke opplevelser i dybden hos et lite utvalg

(Dalland, 2017, s. 55). Artikkelen er uavhengig av dette svært relevante for vår problemstilling og er derfor anvendt.

Inklusjonskriteriet vårt om kun å inkludere kvinner over 16 år ble ikke møtt i en av de valgte artiklene. Artikkelen er likevel inkludert da dette var en oversiktsartikkel basert på seks forskningsartikler hvorav kun én av disse hadde deltakere med nedre alder på 15 år. Vi har også valgt å beholde artikkelen da den møtte de resterende inklusjonskriteriene. Vår forståelse om at abortstigma ikke er unikt for Norge eller Skandinavia førte til inkludering av en forskningsartikkel fra England. Det kan imidlertid være rom for at andre har en annen forståelse og oppfatning enn oss og dermed ville vurdert det annerledes. Vi anser likevel at artikkelens hensikt er relevant for å besvare oppgavens problemstilling.

3.4 Ethiske overveieleser

LDH har egne retningslinjer for oppgaveskriving, og disse er fulgt. Referansestilen Apa 7th er benyttet for å kreditere andre forfattere, både løpende i teksten og i referanselisten. Det er kun inkludert fag- og forskningslitteratur i bacheloroppgaven, ikke egne erfaringer.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapitlet presenteres valgte forskningsartikler og deres funn i tabell 4.1. Kjelsvik et al. (2019), Petersen et al. (2018) og Astbury- Ward (2012) undersøker kvinnenes opplevelser knyttet til abort og til møtet med sykepleier. Et flertall av kvinnene opplever i varierende grad følelseskonflikt og ambivalens før og under konsultasjonen, og noen ønsker at sykepleier involverer seg i beslutningsprosessen. Kvinnenes erfaringer kan knyttes til sykepleiers ivaretagelse av fysiske og psykiske behov, og det rapporteres om dømmende holdninger hos sykepleierne. Eksisterende abortstigma påvirker i hvilken grad kvinnene åpner seg eller holder abortopplevelsen hemmelig. Dette har konsekvenser for både samhandlingen med sykepleier i forbindelse med aborten, og for tiden etter. Kjelsvik et al. (2018) undersøker sykepleiers erfaringer med abortsøkende kvinner og ivaretagelsen av deres behov. Det identifiseres en balansegang i hvordan sykepleier bør involvere seg i møte med kvinnenes ambivalens for å kunne ivareta autonomi. Sykepleierne oppgir utfordringer med å ivareta psykiske og emosjonelle behov og trekker frem hvordan kommunikasjon kan bidra til å avsløre en potensiell usikkerhet. Funnene viser også at sykepleierne etterstreber å ha en nøytral og ikke-dømmende holdning i møte med kvinnene.

Tabell 4.1 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/ Årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ Metode	Funn
1	Astbury-Ward, E., Parry, O. & Carnwell, R. (2012).	Stigma, Abortion and Disclosure - Findings from a Qualitative Study	The Journal of Sexual Medicine. 2012. 9(12) s. 3137-3147. Fagfelle-vurdert tidsskrift, nivå 1.	Å utforske opplevelser og oppfatninger hos abortsøkende kvinner fra bekreftelse på graviditet til post-abort. Hensikten var å forstå følgene disse oppfatningene hadde for både retningslinjer og praksis.	Kvalitativt design med semistrukturerte intervju med 17 kvinner i alderen 22-57. Variasjoner i kvinnenes sosioøkonomiske status, utdanningsnivå og sivilstatus. 7 av kvinnene hadde tidligere gjennomgått abort. Tidspunkt for abort hos kvinnene varierte fra 2 uker til 37 år før intervjuet. Deltakere ble rekruttert ved 12 kommunale klinikker for seksuell helse og prevensjon i England og Wales.	Kvinnene opplevde abort som sosialt uakseptabelt, og følte i noe grad også på selvbebreidelse og selvstigmatisering. Kvinnene unnlot å fortelle andre om aborten i frykt for stigmatisering, skuffelse, negativt stempel og fordømmelse. Kvinnene uttrykte ønske om å ha noen å snakke med om opplevelsen. Flere kvinner beskrev seg selv som å være i en minoritet, eller som å føle seg isolert og alene om abortopplevelsen. Dette gav negative konsekvenser for kvinnenes mentale og psykiske helse, samt forsinket emosjonell tilfriskning for noen. Misnøyen kvinnene uttrykte i forbindelse med abortprosessen bestod i større grad av emosjonelle og psykiske aspekter heller enn kliniske/fysiske knyttet til prosedyren. Noen av kvinnene opplevde helsepersonell dømmende. På tross av stor variasjon i tidspunkt for aborten viser funnene svært like oppfatninger abort som sosialt uakseptabelt og stigmatiserende.
2	Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018).	<i>Walking on a tightrope - Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester.</i>	Journal of Clinical Nursing. 2018. 27(21-22) s. 4192-4202. Fagfelle-vurdert tidsskrift, nivå 2.	Å utforske opplevelsene sykepleierne har med å møte kvinner som er usikre på om de skal fullføre eller avbryte svangerskapet.	Kvalitativt design. Fokusgruppe-intervjuer med helsepersonell fra fire gynekologiske poliklinikker og -avdelinger i Norge. Totalt 19 sykepleiere og 1 lege deltok i studien. Variasjoner i arbeidserfaring fra 3 måneder til 33 år hos deltakerne.	Sykepleierne følte ansvar for å ivareta kvinnens velvære. Sykepleierne så på kvinnene som autonome individer og med rett til å selv velge, men følte likevel et ansvar for å dekke en potensiell usikkerhet. Sykepleierne var oppmerksomme på egen og kvinnens verbal kommunikasjon og kroppsspråk, og stilte direkte og indirekte spørsmål der de så det nødvendig. I noen tilfeller avbrøt sykepleier prosedyren med bakgrunn i dette. På tross av tidsbegrensning ønsket sykepleierne å behandle hver enkelt med respekt og

						<p>verdighet, og ikke som et objekt. Sykepleierne forsøkte også i ulikt grad å engasjere seg emosjonelt hos kvinnene.</p> <p>Sykepleierne oppga situasjoner med ambivalens som utfordrende. Det var en balansegang mellom grad av involvering og støtte for å unngå at kvinnens avgjørelse ble påvirket av dem.</p> <p>Sykepleierne anså den fysiske ivaretagelsen av kvinnene som god, men oppga ønske om videreutvikling av kunnskap og ferdigheter for å kunne imøtekomme også psykiske behov bedre.</p> <p>Sykepleierne var bevisste på mangelen på åpenhet rundt tema og prosedyren.</p> <p>Sykepleierne forsøkte å fremstå mest mulig nøytrale til kvinnens valg, og ha en «ikke-dømmende» holdning. Dette bidro til åpenhet og støtte til det kvinnen fortalte og hennes tanker. Som hjelp i beslutningsprosessen rådet de kvinnene til å ta seg mer tid.</p> <p>Sykepleierne, når involvert, ble konfrontert med egne verdier og sårbarhet.</p>
3	Petersen, M. N., Jessen-Winge, C. & Mølbjerg, A. C. M. (2018).	Scandinavian women's experiences with abortion on request: a systematic review.	<p>JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2018. 16(7) s. 1537-1563.</p> <p>Fagfelle-vurdert tidsskrift, nivå 1 (sist i 2019, nedlagt)</p>	Utforske Skandinaviske kvinners opplevelse med selvbestemt abort. Både før, under og etter intervusjonen .	<p>Systematisk oversiktsartikk el. 6 kvalitative studier inkludert. Totalt 80 deltakere.</p> <p>Kvinner over 15 år bosatt i Skandinavia (Danmark, Sverige og Norge) som har opplevd provosert abort (medikamentel l eller kirurgisk).</p> <p>Skandinaviske sykehus eller kliniske miljøer.</p>	<p>24 funn gruppert inn i seks kategorier, videre kategorisert i tre deler:</p> <p><i>1) Erfaringer i forbindelse med beslutningsprosessen:</i></p> <p>Kvinnene hadde ulike opplevelser knyttet til graviditeten. Noen forsøkte å unngå å tenke på fosteret som et potensielt menneske, andre opplevde spontan glede over en potensiell morsrolle.</p> <p>Årsakene til at kvinnene søkte abort var både av praktiske og eksistensielle grunner. Forventning ble da en faktor i avgjørelsen om abortgjennomførelse.</p> <p>Kvinnene ønsket og mottok varierende støtte fra familie og venner, men særlig partner.</p> <p><i>2) Erfaringer i forbindelse med prosedyren:</i></p>

						<p>Kvinnene opplevde god og profesjonell fysisk ivaretagelse.</p> <p>De uttrykte mangel på fokus fra helsepersonell på deres emosjonelle og eksistensielle behov.</p> <p><i>3) Erfaringer etter aborten:</i></p> <p>Majoriteten av kvinnene uttrykte ambivalens i etterkant. Dette viste seg som lettelse for at svangerskapet var avsluttet samtidig med en følelse av tap. Noen av kvinnene uttrykte også anger og skyld.</p>
4	<p>Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019).</p>	<p><i>Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers .</i></p>	<p>Nursing Ethics. 2019. 26(7-8). s. 2135-2146.</p> <p>Fagfelle-vurdert tidsskrift, nivå 2.</p>	<p>Utforske ambivalente abortsøkende kvinners opplevelse i møte helsepersonell.</p>	<p>Kvalitativt design med individuelle intervjuer.</p> <p>Totalt 13 deltakere. Alle kvinner over 18 år, gravide i første trimester og ambivalente til svangerskapsa vbruddet.</p> <p>Deltakere fra seks poliklinikker i Norge. Alder hos deltakerne var 18-36 år.</p> <p>Første intervju et par dager etter innledende møte om forberedelser til abort. Andre intervju 2-4 uker etter 12-ukersgrensen. Kun 10 kvinner deltok i intervju 2.</p>	<p><i>Den respekterte kvinnen</i> Konsultasjonen på sykehus ble en del av beslutningsprosessen til kvinnen. Sykepleier ga kvinnen mulighet til å uttrykke usikkerheten gjennom spørsmålet «Har du bestemt deg for å ta abort?». Kvinnen følte lettelse ved å ikke måtte ta avgjørelsen der og da, og at sykepleieren rådet henne å bruke noen flere dager til å prate med andre og ta en avgjørelse. Kvinnen følte seg sett og lyttet til av sykepleieren som viste interesse og respekt.</p> <p><i>Den identifiserte kvinnen</i> Sykepleier la vekt på at kvinnen hadde mer tid og mulighet til å tenke og bestemme seg helt opp til øyeblikket tablettene skulle inntas. Ved at sykepleier stilte spørsmålet «er du sikker?» avbrøt kvinnen prosedyren. Kvinnen ønsket at sykepleier hadde undersøkt mer og forsøkt å gi henne mulighet til snakke om tvilen sin tidligere da hun selv ikke visste hvordan.</p> <p><i>Den forlatte kvinnen</i> Sykepleier ga rom for å snakke om ambivalens og kvinnens usikkerhet under den forberedende konsultasjonen. Kvinnen var fremdeles usikker da hun kom på sykehuset for selve gjennomføringen av abort, men ble da møtt av helsepersonell som ikke tok hensyn til dette. Kvinnen følte seg overkjørt og forlatt og muligheten for dialog var over.</p>

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil teori presentert i kapittel 2 knyttes til og diskuteres opp mot funn fra forskningslitteratur presentert i kapittel 4. Hensikten med diskusjonen er å forsøke å besvare oppgavens problemstilling: *Hvordan påvirker sykepleieren den ambivalente kvinnens opplevelse av medikamentell abort på gynekologisk avdeling?*

5.1 Helhetlig abortomsorg

Deltakere i både Petersen et al. (2018, s. 1544) og Astbury-Ward et al. (2012, s. 3142) opplevde sykepleieres oppmerksomhet for emosjonelle og eksistensielle behov fraværende, men de beskrev derimot at de fysiske behovene ble ivaretatt på en profesjonell og god måte. Utsagn fra sykepleierne som deltok i Kjelsvik et al. (2018) kan være med på å forklare hvorfor kvinner opplever det slik. Sykepleierne oppga mangel på kompetanse og ferdigheter i å håndtere kvinnenes moralske og emosjonelle utfordringer, men bekreftet samtidig at de håndterte de fysiske aspektene ved behandlingen tilfredsstillende (Kjelsvik et al., 2018, s. 4197). Konsekvensen av at sykepleieren ikke oppdager, responderer og forholder seg til kvinnens psykiske behov i form av ambivalens, tanker og følelser kan medføre at kvinnen får en negativ opplevelse og ikke føler seg sett og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 67). I møte med utfordrende situasjoner henviste i stor grad sykepleierne kvinnene til andre instanser med bedre kompetanse (Kjelsvik et al., 2018, s. 4197-4198). Et eksempel på dette er Amatheia, en helsetjeneste der profesjonelle veiledere tilbyr samtale i forbindelse med abort, ambivalens og det å ta en beslutning (Amatheia, u.å.). Hos en slik veiledningstjeneste vil fokuset være på de emosjonelle og psykiske sidene ved situasjonen, noe det kan virke som er en mangel på i gynekologisk avdeling basert på resultater fra Petersen et al. (2018), Astbury-Ward et al. (2012) og Kjelsvik et al. (2018).

Travelbee (1999, s. 41 & 171) anser det som sykepleierens mål og hensikt å hjelpe individet til mestring og forebygging av sykdom og lidelse, noe som nås gjennom å etablere en relasjon der sykepleier ser og forstår enkeltindividet. En slik forståelse forutsetter hos sykepleier en innlevelse i og empati for individets sinnstilstand (Travelbee, 1999, s. 193). Basert på uttalelser fra både kvinnene i Petersen et al. (2018, s. 1544) og sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s. 4197-4198) kan det dermed synes at målet og hensikten med sykepleie i abortomsorgen ikke oppfylles fullstendig i lys av Travelbee's forståelse. Det vil også utfordre

sykepleiers retningslinjer for yrkesutøvelsen i møte med den andre, der målet er å å yte helhetlig og individbasert omsorg, og dermed så tvil i om sykepleiers behandlende funksjon oppnås fullstendig når psykiske behov ikke kartlegges og identifiseres (Norsk sykepleierforbund, 2019; Ehnfors et al., 2015, s. 52; Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Når kvinnen ikke opplever seg sett, forstått og imøtekommet av sykepleier, kan hun også oppleve situasjonen vanskelig å mestre i lys av Eide og Eides forståelse (2017, s. 67). Relasjonen, som Travelbee (1999) anser som essensielt for sykepleier å etablere, vil også kunne svekkes dersom kvinnen kjenner seg alene med det som føles vanskelig (Eide & Eide, 2017, s. 67).

Utilstrekkelig kompetanse og konsultasjonstid til å imøtekomme kvinnens komplekse emosjonelle behov fremheves av sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s. 4198) som grunner for videre henvisning. Sett i sammenheng kan antakelig sykepleiers manglende fokus på det emosjonelle aspektet ved abortomsorgen påvirke den totale opplevelsen til kvinnene i negativ forstand, selv om intensjonen er ment som god. Faglitteratur om sykepleiers funksjon i abortbehandlingen tolkes i stor grad som prosedyrebaseret med fokus på den fysiske ivaretagelsen av kvinnen, med færre retningslinjer for god ivaretagelse av psykiske behov (Jerpseth, 2016, s. 159-162; Ulvund, 2019, s. 820-821). Sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s. 4198) ønsket å minske sine begrensninger og etterspurte faglig utvikling. Dette er i tråd med Petersen et al. (2018, s. 1547-1548), som finner at det er nødvendig at helsepersonell som yter abortomsorg utvikler både ressurser og ferdigheter til å ivareta psykiske og emosjonelle behov på lik linje med fysiske. Det vil videre virke helsefremmende at sykepleier imøtekommer kvinnens emosjonelle behov slik at hennes muligheter for mestring av situasjonen økes, og det kan dermed påvirke opplevelsen til det bedre (Tveiten, 2020, s. 22). Også Kjelsvik et al. (2019, s. 2137) argumenterer for at et økt fokus på kvinnens forståelse, verdier og opplevelser kan forbedre kvaliteten på behandlingen, og mener et slikt fokusskifte er mulig da den fysiske delen av abortprosedyren i Norge anses både som trygg og effektiv.

5.2 Balansen mellom sykepleiers involvering og distansering

Kjelsvik et al. (2019, s. 2139) og Petersen et al. (2018, s. 1543) viser at det blant kvinnene er en overvekt av følelseskonflikt og ambivalens for abortavgjørelsen. Denne ambivalensen er noe sykepleier i stor grad må håndtere og forholde seg til med både etiske, juridiske og sykepleiefaglige hensyn, noe Kjelsvik et al. (2018) trekker frem gjennom ulike eksempler på interaksjoner mellom kvinnen og sykepleier. Særlig oppgir sykepleierne som deltok i Kjelsvik

et al. (2018, s. 4195) utfordringer med å finne en balansegang mellom å involvere seg i kvinnens situasjon og å la kvinnen gjøre et autonomt valg. Kjelsvik et al. (2019, s. 2144) fant og at selv om kvinnene etterstrebet å ta et selvstendig valg, ønsket de også at sykepleier involverte og engasjerte seg i beslutningsprosessen. I motsetning til i Kjelsvik et al. (2019) belyses kvinnens behov for sykepleiers involvering og støtte i liten grad i Petersen et al. (2018, s. 1543), der kvinnene primært oppga partner, kvinnelige familiemedlemmer og venner som viktig støtte i beslutningsprosessen. Dette var også en faktor for kvinnens ambivalens og usikkerhet rundt abortgjennomføringen, da særlig partner og foreldre påvirket avgjørelsen i retning abort (Petersen et al., 2018, s. 1544). Sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s. 4196-4197) følte ansvar for å avsløre en potensiell ambivalens helt opp til inntak av legemidlet som ville igangsette aborten, og var bevisste på at kvinnen kunne ha blitt påvirket av andre i forkant. Sykepleierne var også bevisste på deres påvirkningskraft og anerkjente at kvinnene både var lettpåvirkelige og sårbare i lys av situasjonen (Kjelsvik et al., 2018, s. 4196-4197). Funn i Kjelsvik et al. (2019) tyder også på at samhandlingen med sykepleier kunne påvirke kvinnenes valg.

Sykepleiers distansering i møte med den abortsøkende kvinnens ambivalens kan medføre både ønskede og uønskede konsekvenser (Kjelsvik et al., 2018). Dette skaper dermed et etisk dilemma (Slettebø, 2021, s. 50). På den ene siden vil autonomiprinsippet tale for at kvinnen er et selvbestemmende vesen med evne til å foreta egne valg (Nortvedt, 2016, s. 98). Sykepleier skal fremme selvbestemmelse og respektere kvinnens rett til å velge (Norsk sykepleierforbund, 2019). Altså kan mangelen på involvering av sykepleier ses som et tiltak for å ivareta og styrke kvinnenes autonomi, samt å minimere risikoen for at sykepleier påvirker kvinnens avgjørelse (Kjelsvik et al., 2018). På den andre siden vil sykepleier også ved å distansere seg, risikere å gi uttrykk for manglende forståelse og omsorg overfor kvinnen og bidra til at hun ikke opplever seg respektert og dermed avvist (Kjelsvik et al., 2019, s. 2140-2141). I den sammenheng påpeker Eide og Eide (2017, s. 56-57) at sykepleier må møte pasientens (i vår kontekst kvinnens) behov for å bli forstått, sett og lyttet til, slik at den enkeltes autonomi skal bli respektert. I tillegg vil det i følge Travelbee's (1999, s. 41 & 171) forståelse av sykepleierens yrkesutøvelse være en forutsetning at sykepleier involverer seg og danner en relasjon med kvinnen, for at sykepleiers mål nås og kvinnen ivaretas. Oppsummert anser vi det som at distansering kan virke mot sin hensikt, siden sykepleier kan oppfattes uempatisk og med manglende fokus på den mellommenneskelige kontakten, som står sentralt i yrkesutøvelsen (Sneltvedt, 2021, s. 151-152). Dette får videre konsekvenser for kvinnens rett

til helhetlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Norsk sykepleierforbund, 2019).

På motsatt side av distansering er sykepleiers involvering i kvinnens situasjon og ambivalens, noe som også medfører både positive og negative konsekvenser. Sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s. 4197) opplevde et ønske fra noen av kvinnene at de deltok i beslutningsprosessen. I tråd med Travelbee's (1999, s. 171 & 178) perspektiv kan sykepleiers involvering bidra til å skape en relasjon der kvinnen forstås og imøtekommes som individ med unike opplevelser. Dette kan blant annet vises i Kjelsvik et al. (2019, s. 2139), der noen av kvinnene opplevde bedre dialog og økt spillerom for refleksjon rundt avgjørelsen ved at sykepleier viste åpenhet og forståelse gjennom involvering, og at de satte pris på at deres ambivalens ble avslørt. Petersen et al. (2018, s. 1548) argumenterer for et økt behov hos kvinnene for profesjonell støtte og veiledning i beslutningsprosessen. Et slik behov og ønske understøttes også av kvinnene i Astbury-Ward et al. (2012, s. 3142). Kjelsvik et al. (2018, s. 4197) trekker frem situasjoner der sykepleier valgte å råde kvinnen til å ta mer tid til å samle argumenter og tanker dersom hun ønsket bistand i å komme frem til avgjørelsen eller uttrykte ambivalens. Slik involverte ikke sykepleierne seg personlig, men bidro likevel i beslutningsprosessen gjennom å anerkjenne kvinnens ambivalens og fremme hennes autonomi (Kjelsvik et al., 2018, s. 4197). Det kan dermed synes at en slik type involvering kan medføre en positiv opplevelse i større grad.

Det kan virke som at utfordringen for sykepleier er å involvere seg på en måte som bidrar til en god opplevelse for kvinnen uten å påføre kvinnen ytterligere ambivalens eller påvirke hennes avgjørelse. Sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s. 4196) benyttet i stor grad erfaring og intuisjon i møte med kvinnene for å avsløre en potensiell ambivalens. I noen tilfeller valgte sykepleierne å direkte involvere seg i kvinnens avgjørelse dersom hun ble oppfattet i tvil, med bakgrunn i å sikre at kvinnen tok en selvstendig avgjørelse. Utfallet av noen av disse situasjonene var at kvinnen heller fullførte svangerskapet (Kjelsvik et al., 2018, s. 4197). Det kan imidlertid stilles spørsmål ved i hvilken grad sykepleierens involvering bidro positivt eller negativt i kvinnens beslutningsprosess. Lengre betenkningstid sikrer i større grad en autonom avgjørelse, men det er uvisst om sykepleiers involvering påvirket avgjørelsen og påførte kvinnen ytterligere usikkerhet (Kjelsvik et al., 2018, s. 4196). Det er utfordrende å vite hva som er rett å gjøre, og både etikken og yrkesetiske retningslinjer gir rom for sykepleierens egne vurderinger av situasjoner for å rettlede seg mot målet om å fremme pasientens beste

(Nortvedt, 2016, s. 44 & 48; Molven, 2019, s. 71-73). Alt i alt er det viktig at sykepleier er bevisst sin egen atferd både ved involvering og distansering, da begge metoder kan påvirke kvinnens abortopplevelse, sett i lys av Travelbee (1999, s. 44-46). Særlig ved involvering bør sykepleier være bevisst balansegangen mellom å være empatisk og samtidig profesjonell, siden overdreven empati kan føre til en tilblandet rolle der sykepleier ikke klarer å skille seg selv og egne følelser fra pasientens. Som et resultat av dette kan sykepleiers evne til å vurdere og handle reduseres og det faglige perspektivet mistes (Sneltvedt, 2021, s. 150).

5.3 Sykepleiers ikke-dømmende holdning, fremtoning og kommunikasjon

Abort er et tema som bærer med seg mye stigma og sterke meningskonflikter, som kan føre til hemmelighold og lite åpenhet blant kvinnene (Astbury-Ward et al., 2012, s. 3141; Austveg, 2017, s. 101; Sandvik & Syéd, 2021, s. 73). Sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s. 4197) mente de var oppmerksomme på hemmeligholdet, og tok hensyn til dette i møte med kvinnene. Den manglende åpenheten rundt temaet abort i kombinasjon med kvinnens ambivalens ga likevel utfordringer for sykepleierne. Det var vanskelig å tilnærme seg en eventuell usikkerhet hos kvinnen, fordi den kunne komme til uttrykk både veldig tydelig og skjult (Kjelsvik et al., 2018, s. 4196). Nettopp av denne grunnen er det essensielt at sykepleier etablerer en relasjon med kvinnen for å tilrettelegge for individuell sykepleie tilpasset hennes erfaringer og opplevelser, slik Travelbee (1999, s. 171 & 178) argumenterer for og slik det er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019). Nøkkelen til å etablere en relasjon mellom sykepleier og kvinnen er ifølge Travelbee (1999, s. 135) kommunikasjon, og ved at kommunikasjonen tilpasses kan følgende stigmatisering reduseres og forhindres (Lipp, 2011, s. 119-121).

Sykepleiers oppmerksomhet og tolking av kvinnens kroppsspråk og verbale språk var nødvendig for å kunne avsløre den skjulte usikkerheten. Dersom kroppsspråket og det verbale språket ikke samstemte ga det en indikasjon på at noe ikke var som det skulle, og for å få bekreftet eller avkreftet det som måtte skjule seg, stilte sykepleier direkte eller indirekte spørsmål (Kjelsvik et al., 2018, s. 4196). I Eide og Eide (2017, s. 137-138) påpekes også viktigheten av at det bør være kongruens mellom det verbale og nonverbale som kommuniseres, slik funnene i Kjelsvik et al. (2018) tilsier. Dette er ikke bare viktig hos kvinnen, men også hos sykepleieren selv, slik at misforståelser unngås (Eide & Eide, 2017, s. 137-138). Ved direkte spørsmål var sykepleier bevisst på egen fremtoning for ikke å skape

ytterligere usikkerhet eller skamfølelse hos kvinnen (Kjelsvik et al., 2018, s. 4196 & 4198). Når sykepleier er oppmerksom på egen fremtoning og atferd er hen også bevisst på hvordan dette kan påvirke kvinnen og sykepleieintervensjonenes suksess, noe som inngår i å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 44-46). Det er derimot tydelig at sykepleiers egen oppfatning om sin ikke-dømmende atferd i Kjelsvik et al. (2018, s. 4197) ikke nødvendigvis alltid tolkes slik av kvinnene, da flere opplevde stigmatisering og manglende forståelse i møte med sykepleier (Astbury-Ward et al., 2012, s. 3142-3143; Kjelsvik et al., 2019, s. 2140-2141). Når kvinnene har slike opplevelser står det i strid med at sykepleier skal beskytte mot krenkende handlinger (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det er også et signal om at sykepleiers må utvikle sine kommunikasjonsferdigheter for å nyttiggjøre seg av dem på rett måte.

Noen av kvinnene i Kjelsvik et al. (2019, s. 2139) var usikre på beslutningen som skulle tas allerede før de ankom sykehuset, og brukte konsultasjonen som en del av beslutningsprosessen i håp om å få snakke med sykepleier om usikkerheten. Andre kvinner ble ambivalente under konsultasjonen grunnet spørsmål som ble stilt av sykepleierne (Kjelsvik et al., 2019, s. 2139). Både direkte og indirekte spørsmål ble benyttet for å avdekke eventuell tvil og behov for samtale hos kvinnene i Kjelsvik et al. (2018, s. 4196), og ofte var grunnen en inkongruens mellom kvinnens kroppsspråk og hva hun uttrykte verbalt. Kjelsvik et al. (2019, s. 2139) gir også eksempler på lukkede spørsmål slik som «Er du klar?» og «Har du bestemt deg for å ta abort?». Et lukket spørsmål kan både være aktiverende, åpnende og reflekterende dersom det benyttes riktig (Eide & Eide, 2017, s. 198), men sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s. 4196) anerkjente at et lukket spørsmål også kunne føre til ytterligere usikkerhet og skam. I tillegg kan et slikt spørsmål også lukke samtalen (Eide & Eide, 2017, s. 199-200). Åpne spørsmål vil derimot invitere kvinnen til å snakke om, utforske og reflektere rundt egne følelser, tanker og opplevelser (Eide & Eide, 2017, s. 202). For noen deltakere i Kjelsvik et al. (2019, s. 2139) var spørsmålene sykepleieren stilte nyttige, fordi det åpnet for dialog omhandlende usikkerheten i abortavgjørelsen. Det å bli møtt med interesse og bli lyttet til av sykepleieren var noe som opplevdes som både respektfullt og anerkjennende for kvinnen. Det må nevnes at ikke alle kvinnene i den aktuelle studien hadde like god opplevelse, hvor forventninger om samtale og initiativ fra sykepleier var fraværende i abortomsorgen (Kjelsvik et al., 2019, s. 2140-2141). Oppsummert kan det virke som at sykepleier kan påvirke kvinnens opplevelse både positivt og negativt uavhengig av hvilke kommunikasjonsstrategier som brukes, noe som taler for individbaserte tiltak. Det er mulig

ikke overraskende gitt at hver kvinnes aborthistorie er særegen (Austveg, 2017, s. 37; Sandvik & Syéd, 2021, s. 14).

Kjelsvik et al. (2019, s. 2139) finner at sykepleier kunne bli konfrontert med kvinnens usikkerhet på ulike tidspunkt i abortprosessen. Uansett når ambivalensen og behov for samtale gir seg tilkjenne, er det viktig at sykepleier anerkjenner kvinnens situasjon og følelser og bruker seg selv til å gjøre opplevelsen så god som mulig, tross omstendighetene. Dersom kvinnen tar det første legemidlet er det ikke mulig å ombestemme seg, og det er en stor avgjørelse med konsekvenser for fremtiden uansett utfall (Kjelsvik et al., 2018, s. 4196; Lipp, 2008, s. 13). Risikoen ved at kvinnen ikke har fått mulighet til å reflektere over og uttrykke sine følelser kan være at hun ikke er fullstendig sikker på avgjørelsen. Dette kan gi emosjonelle plager i tiden etter aborten (Astbury-Ward et al., 2012, s. 3142).

5.4 Vil samfunnets abortklima påvirke sykepleier og den abortsøkende kvinnen?

Astbury-ward et al. (2012, s. 3143) belyser hvordan kvinnenes oppfatninger om abortstigma og hemmelighold bar lite preg av om aborten ble gjennomført for noen uker eller flere år siden. På tross av økende grad av personsentrert omsorg og økt pasientmedvirkning, ses det liten forskjell i hvordan kvinner opplever abort både på samfunnsnivå, personlig nivå og i samhandling med helsepersonell i klinikken. Det kan virke som at sykepleiers holdninger til abort kan påvirke kvinnens opplevelse (Astbury-Ward et al., 2012; Kjelsvik et al., 2018), og av den grunn må abortomsorgen og sykepleiers møte med den abortsøkende kvinnen ses i lys av abortklimaet som eksisterer generelt i samfunnet. Årsaken til kvinnens stillhet og mangel på åpenhet i møte med sykepleier kan også ligge i sosiale normer og stigmaet tilhørende abort (Cockrill et al., 2013, referert i Austveg, 2017, s. 101; Astbury-Ward et al., 2012, s. 3141). I en slik situasjon kan det tenkes at Travelbee (1999) ville argumentert for nytten av å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Slik ville sykepleieren kunne iverksette tiltak og imøtekomme kvinnens individuelle behov ved å forstå henne som mer enn bare en «pasient».

Samfunnet kan sette spor av både skyld, skam og skremsel i kvinnene, og desto viktigere blir imøtekommelsen og ivaretagelsen de får av sykepleierne på sykehuset (Bradley, 2015). Slik både Kjelsvik et al. (2018), Kjelsvik et al. (2019) og Petersen et al. (2018) finner, preges

kvinnene i varierende grad av ambivalens og følelseskonflikt. Kvinner i Petersen et al. (2018, s. 1543) trekker eksempelvis frem at de følte på skam og skyld over å ha plassert seg i den vanskelige situasjonen, mens flere kvinner i Kjelsvik et al. (2019, s. 2140) heller ønsket å spontanabortere enn å ta valget selv. Sandvik og Syéd (2021, s. 13) påpeker at samtidig som kvinnenes valg er en privatsak, eksisterer likevel samfunnets meninger om temaet. For de fleste kvinner er det å ta et valg om abort i utgangspunktet vanskelig (Sandvik & Syéd, 2021, s. 14), men det er tenkelig at situasjonen vanskeliggjøres ytterligere med samfunnets potensielle påvirkning. Det kan altså synes som at selv om abort ofte er det åpenbare valget er det vanskelig å ta den endelige avgjørelsen, da konsekvensene i etterkant både er personlige og samtidig preget av ytre påvirkninger. Dette bidrar og til manglende åpenhet ved faktisk gjennomført abort, slik kvinnene i Astbury-Ward et al. (2012, s. 3141-3142) oppgir. Kvinnene kan i etterkant av aborten ha ambivalente følelser som lettelse, tap, skyld og anger (Petersen et al., s. 1545-1546). Den manglende muligheten til å snakke om og bearbeide egne følelser etter aborten opplevdes av en av kvinnene i Astbury-Ward et al. (2012, s. 3142) som en byrde, og la vekt på at deltakelsen i studien hadde bidratt positivt. Å få muligheten til å snakke om hendelsen uten frykt for å bli dømt av den andre i samtalen reduserte følelsen av isolasjon. Med dette kan det argumenteres for at sykepleier har en viktig rolle i å skape rom for at alle kvinnens følelser anerkjennes, særlig med tanke på hvordan dette kan være mindre mulig i etterkant. Sett i lys av at relasjonen mellom sykepleier og kvinnen også preges av sykepleiers taushetsplikt, kan det føles trygt å åpne seg om tema (Helsepersonelloven, 1999, § 21; Molven, 2019, s. 213).

Verdier og holdninger hos både sykepleier og kvinnen vil som for alle mennesker formes av ytre påvirkninger fra samfunnet rundt. Dette skaper igjen basis for handlinger, tanker og vurderinger (Håkonsen, 2014, s. 185). Abortloven (1975) og abortforskriften (2001) kan anses som en ytre påvirkning da de i tillegg til å regulere tilgang til abort, også formidler samfunnets ønsker og normer om temaet (Austveg, 2017, s. 40). Lovgivning om abort kan altså forme verdier og holdninger hos sykepleier med potensielle konsekvenser for kvinnens opplevelse av abortomsorgen. I den forbindelse reflekterer sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s. 4198) over hvordan kvinnens valg kan stå i konflikt til deres egne verdier, og viktigheten av å anerkjenne at beslutningen var kvinnens og ikke noen andres. Sykepleieren må også ta hensyn til kvinnens verdier og hva hun mener er riktig og viktig i situasjonen (Slettebø, 2021, s. 46). Astbury-Ward et al. (2012, s. 3142-3143) finner derimot at flere av kvinnene opplever at sykepleiers holdninger til og oppførsel under konsultasjonene bar preg

av dømming og forakt. Andre deltakere opplevde heller at egne forventninger om å bli stigmatisert og dømt ikke ble møtt, og at disse baserte seg på kvinnens egen skyldfølelse og forklaringsbehov (Astbury-Ward et al., 2012, s. 3143). Helsepersonells mulighet for fritak fra å utføre og bistå ved abort av samvittighetsgrunner, hjemlet i abortforskriften (2001, § 15), kan trolig både påvirke til økt og redusert opplevd stigma for kvinnene. Det er tenkelig at paragrafens eksistens alene kan forårsake og opprettholde kvinnenes forventninger om stigma i abortomsorgen. Samtidig kan det tenkes at paragrafen sikrer at sykepleien kvinnene mottar i mindre grad preges av dømmende holdninger. Dette gjennom at helsepersonell som opplever abort som utfordrende, eller i konflikt med egne verdier, kan frastå fra slikt arbeid.

6 Avslutning

Denne oppgavens problemstilling er: *Hvordan påvirker sykepleieren den ambivalente kvinnens opplevelse av medikamentell abort på gynekologisk avdeling?* Funnene i forskningen tyder på at aspektene ved sykepleiers påvirkning er flere, og at det i stor grad handler om hvordan sykepleier tilnærmer seg og kommuniserer med kvinnen, samt forholder seg til egne og samfunnets holdninger til abort. Kvinner opplever sine emosjonelle og psykiske behov mangelfullt ivaretatt på gynekologisk avdeling. Sykepleier behøver ytterligere kompetanse og kunnskap om hvordan ambivalens og emosjonelle behov burde imøtekommes, noe kan bidra til at kvinnens totale abortopplevelse påvirkes til det bedre.

Sykepleier bør være bevisst på balansegangen mellom involvering og distansering i møte med den ambivalente kvinnen for å både kunne ivareta autonomi, beholde en profesjonell distanse, samt sikre at sykepleier møter kvinnen med empati og forståelse. Det er likevel nødvendig at sykepleier har kunnskap om at kvinnens abortopplevelse kan påvirkes både positivt og negativt ved begge tilnæringsmåtene til ambivalens. Sykepleiers kommunikasjon, atferd og holdninger er óg viktige påvirkningsfaktorer. Sett i lys av samfunnets abortklima og den utfordrende situasjonen selvbestemt/provosert abort i utgangspunktet er for kvinnen, bør sykepleier tilstrebe å legge til rette for en trygg arena uten stigmatisering og dømming. For å nå et slikt mål må sykepleier være bevisst på egen atferd. Non-verbal og verbal kommunikasjon bør brukes som virkemiddel for å skape tillit og trygghet slik at kvinnene kan åpne seg om sin ambivalens og sine erfaringer.

Vår diskusjon og funnene fra forskningen tilsier at det går an å generalisere hvordan sykepleier ideelt bør imøtekomme kvinnen, men individuelle forskjeller må ikke glemmes. Alt i alt vil vi påstå at sykepleiers påvirkning kan bidra til både negative og positive abortopplevelser hos den ambivalente kvinnen. At aspektene ved sykepleierens påvirkning i abortomsorgen er mange, tydeliggjør faktumet om at hver aborthistorie er unik.

Referanseliste

- Abortforskriften. (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd* (FOR-2001-06-15-635). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635>
- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>
- Amathea. (u.å.). *Abort og graviditet: trenger du noen å snakke med?* <https://www.amathea.no>
- Armstrong, A. E. (2007). *Nursing Ethics*. Palgrave Macmillan.
- Astbury-Ward, E., Parry, O. & Carnwell, R. (2012). Stigma, Abortion and Disclosure: Findings from a Qualitative Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(12), 3137-3147. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02604.x>
- Austveg, B. (2017). *Abort: En etisk argumentasjon*. Humanist forlag.
- Berteussen, L. M. (2021, 9. november). Tabuet ingen snakker om. *Dagbladet*. https://www.dagbladet.no/meninger/tabuet-ingen-snakker-om/74536414?fbclid=IwAR2toupU6rYp5wzV_ZEGabCAbC1Tb23ko66X3aojB9P6BnGh3rO7vxKVMk8
- Bjørge, L., Hermanrud, M. S., Løkeland, M. & Oppegaard, K. S. (2021). Provosert abort. I Norsk gynekologisk forening, *Veileder i gynekologi (2021)*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/provosert-abort/>
- Bradley, J. (2015). End the shame game. *Nursing Standard (2014+)*, 29(51), 24. <http://dx.doi.org/10.7748/ns.29.51.24.s25>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2015). *Nye VIPS-boken: Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet*. Cappelen Damm AS
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Felleskatalogen. (2021, 26. august). *Cytotec*. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/cytotec-pfizer-547762>
- Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(5), 380-389. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *CINAHL*. Hentet 15. mars 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>
- Helsenorge. (2020, 31. juli). Abortmetoder. I Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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 Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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(21-22), 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>
- Lipp, A. (2008). A woman centered service in termination of pregnancy: A grounded theory study. *Contemporary Nurse*, 31(1), 9-19. <https://doi.org/10.5172/conu.673.31.1.9>
- Lipp, A. (2011). Stigma in abortion care: Application to a grounded theory study. *Contemporary Nurse*, 37(2), 115-123. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.37.2.115>
- Løkeland-Stai, M. (2022, 11. mars). Fakta om abort (med 2021-tal). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- 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* (ISSN 1891-6392). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2022/rapport-om-svangerskapsavbrot--2021/>
- Mainey, L., O'Mullan, C., Reid-Searl, K., Taylor, A. & Braid, K. (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1513-1526. <https://doi.org/10.1111/jocn.15218>
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemelding: Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/mn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- NOU 1994: 22. (1994). *Bruk av celler og vev fra aborterte fostre*. Sosial- og helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/27026d3e47dd4a3683cedd9171e71d90/no/pdfa/nou199419940022000dddpdfa.pdf>
- Oslo Universitetssykehus. (2021, 14. juli). *Pasientinformasjon: Provosert abort*. I e-håndboken. Hentet 14. desember 2021 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/81247>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Petersen, M. N., Jenssen-Winge, C. & Møbjerg, A. C. M. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(7), 1537-1563.
<https://doi.org/10.11124/jbistrir-2017-003344>
- Robak, K. S. (2021, 5. april). Sol-Rose spontanabortere seks ganger - misfornøyd med oppfølging. *NRK*. <https://www.nrk.no/mr/ny-lov-skulle-sikre-bedre-oppfolging-for-kvinner-etter-abort--fagfolk-ser-ingen-endring-1.15414810>
- Sandvik, K. & Syéd, G. F. (2021). *Hva snakker vi om når vi snakker om abort?*. Solum Bokvennen.

- Slettebø, Å. (2021). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 43-54). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sneltvedt, T. (2021). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?. I B. S. Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 147-160). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV- 1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg). Fagbokforlaget.
- Ulvund, I. (2019). Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. I U. Knutstad (Red.) *Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg., s. 801-849). Cappelen Damm AS.
- Wang, N., Allen, J., Gamble, J. & Creedy, D. K. (2020). Nonpharmacological interventions to improve psychological well-being of women accessing abortion services and their satisfaction with care: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 22(4), 854-867. <https://doi.org/10.1111/nhs.12779>