



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: **SYKSB 3001**

Emnenavn: **Sykepleie, fagutvikling og forskning (Bacheloroppgave).**

Vurderingsform: **Hjemmeeksamen.**

Kandidatnr: **40**

Leveringsfrist: **23.02.12.**

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: **Ordinær eksamen.**

Antall ord: **8993**

Veileder: **Benny Huser**

# *DET VANSKELIGE VALGET*

*-Sykepleie til kvinner som tar medisinsk abort-*



*Sorg av Cynthia Angeles. Bildet er hentet den 16/02/12 fra <http://ayeshahoda.wordpress.com/page/2/>*



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

*Bacheloroppgave i sykepleie*

*Februar 2012*

*Kull 2009*

## Sammendrag

**Tittel:** Det vanskelige valget – sykepleie til kvinner som tar medisinsk abort

**Bakgrunn:** Hvert eneste år tar ca. 15 000 kvinner her i Norge abort, men det er ingen som snakker om det. Jeg tenker på alle de kvinnene som går rundt og holder en slik vanskelig følelse inni seg. Derfor ville jeg undersøke abort temaet nøyere.

**Hensikt:** Hvilken tiltak en sykepleier som jobber med abortsøkende kvinner kan gjøre for at de skal føle seg trygge og ivaretatt på sykehuset. Problemstillingen er formulert slik: *Hva kan sykepleier gjøre for å gi trygghet til kvinner som tar medisinsk abort på sykehus?*

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Det ble gjort søk på CHINAL, Ovidsp og sykepleien forskning men alle de 4 aktuelle artiklene ble funnet på CHINAL. Søkeordene som ble brukt er *nurse, nursing care, safety, safe, abortion, induced abortion, medical abortion, well being og secure.*

**Resultater:** Utfra funnene mine ønsker kvinnene å bli møtt med respekt og vennlighet når de kommer på sykehuset. For at sykepleier skal kunne møte kvinnen med respekt må hun jobbe med sine egne holdninger. Hun må akseptere at holdninger er en del av en selv for å kunne legge de til side. Videre er det viktig å gi kvinnen god og riktig informasjon for at hun skal kunne mestre uforutsette smerter og ubehag. En fylldig informasjon gitt på en vennlig og respektfull måte bidrar til at kvinnen føler seg tryggere på hva hun skal igjennom.

## **Summary**

**Title:** The difficult choice – nursing for woman who take medical abortion

**Background:** Every year, approx. 15,000 women in Norway go through an abortion, but no one is talking about it. I think of all the women who go around and keep such a difficult feelings inside themselves. Therefore I wanted to examine the abortion theme closer.

**Purpose:** What kind of actions can a nurse who works with women seeking abortion do to make them feel safe and cared for in a hospital. The problem is formulated as follows: *What can nurses do to provide security to women who take medical abortion in a hospital?*

**Method:** The thesis is a literature study. The searches were done on CHINAL, Ovidsp and sykepleie forskning but all the 4 relevant articles were found on CHINAL. The keywords used are *nurse, nursing care, safety, safe abortion, induced abortion, medical abortion, wellbeing and secure.*

**Results:** Based on my findings the women would like to be treated with respect and kindness when they arrive at the hospital. In order for the nurse to be able to meet the woman with respect, she must work with her own attitudes. She must accept that attitudes are a part of herself in order to be able to put them aside. Furthermore, it is important to give women good and appropriate information for her to cope with unexpected pain and discomfort. An extensive information provided in a friendly and respectful manner helps the woman feel more secure about what she is going through.

## Innholdsfortegnelse

<b><u>1.0 Innledning</u></b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Oppgavens hensikt.....	1
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	1
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	1
<b><u>2.0 Teori</u></b> .....	<b>2</b>
2.1 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	2
2.1.1 Menneske til menneske forhold.....	2
2.1.2 Travelbees syn på kommunikasjon.....	3
2.2 Abortens historie, statistikk og lov .....	4
2.2.1 Abortsøkende kvinner.....	5
2.3 Abortmetoder.....	6
2.4 Sykepleie til medisinsk abort.....	6
2.4.1 Før, under, etter aborten.....	6
2.4.2 Smerte og ubehag .....	7
2.4.3 Informasjon.....	8
2.4.4 Den trygge og den utrygge pasienten.....	8
2.4.5 Etikk.....	9
<b><u>3.0 Metode</u></b> .....	<b>10</b>
3.1. Definisjon av metode.....	10
3.2 Litteraturstudie som metode.....	10
3.2.1 Sterke og svake sider ved metoden.....	10
3.3 Fremgangsmåte.....	11
3.4 Metodekritikk.....	13
3.5 Forskningsetikk.....	14
<b><u>4.0 Resultat/Funn</u></b> .....	<b>15</b>
4.1 "Early abortion as narrated by young Swedish woman".....	15
4.2 "A Woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study".....	16
4.3 "Women´s experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective".....	17
4.4 "The perception of Pain and Knowledge-Seeking in Woman Choosing Medical Abortion".....	18

4.5 Oppsummering av hovedfunnene.....	19
<b><u>5.0 "Hva kan sykepleier gjøre for å gi trygghet til kvinner som tar medisinsk abort på sykehus?"</u></b> .....	<b>20</b>
5.1 Sykepleierens holdning.....	20
5.2 Behov for informasjon.....	23
5.2.1 Smerte.....	23
5.2.2 Reproduktive konsekvenser.....	25
5.2.3 Oppfølging.....	25
<b><u>6.0 Avslutning</u></b> .....	<b>27</b>
<b><u>7.0 Referanser</u></b> .....	<b>28</b>
Vedlegg 1 Søketabell.....	31
Vedlegg 2 Resultattabell.....	32

## **1.0 Innledning**

Her vil jeg først presentere bakgrunnen for hvorfor jeg valgte temaet abort, videre presenterer jeg problemstillingen, oppgavens hensikt og avgrensinger.

### **1.1 Bakgrunn**

Jeg valgte temaet abort da jeg interesserer meg i kvinnehelse og kunne tenke meg å jobbe med det i fremtiden. Ut i fra det jeg har undersøkt er det heller ikke skrevet så mye om dette temaet i tidligere sykepleie bachelor oppgaver. Jeg syns også dette er et viktig tema å belyse da fremprovosert abort har i lang tid vært et tabu emne og er det fremdeles i dag. Dette er noe ca. 15 000 kvinner her i Norge går igjennom hvert eneste år, men det er ingen som tør å snakke om det (folkehelseinstituttet, 2010). Jeg tenker på alle de kvinnene som går rundt og holder en slik vanskelig følelse inni seg. Derfor ville jeg undersøke dette temaet og ikke minst at sykepleier kan møte kvinner i en slik livssituasjon bedre.

### **1.2 Oppgavens hensikt**

De abort søkende kvinnene kan ha mye følelser i sving, kanskje de ikke har noen som støtter de, de kan være presset til å utføre aborten eller at de føler de har en for liten betenkningstid. Det kan være økonomi, et ustabilt forhold, prevensjonsmiddelsvikt og utdanning som kan føre kvinnen til å velge abort. Kvinnen kan være svært ambivalent og utrygg på valget sitt når hun kommer til sykehuset. Hensikten min med denne oppgaven vil være å undersøke på hvilken måte sykepleieren kan gjøre den abortsøkende kvinnen trygg på sykehuset.

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

Problem stillingen formuleres slik: *Hva kan sykepleier gjøre for å gi trygghet til kvinner som tar medisinsk abort på sykehus?*

### **1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling**

Jeg har avgrenset problemstillingen til å omhandle medisinsk abort da dette er blitt en vanligere abortmetode her i Norge, det er også her sykepleier har et større ansvar da

hun følger kvinnen under hele det følelsesmessige forløpet. Derfor avgrenset jeg også problemstillingen til å omhandle medisinsk abort på sykehuset og ikke hjemme. Jeg velger å ikke skrive om senabort da det innebærer annerledes sykepleie da kvinnen er kommet lengre enn 12. svangerskapsuke og aborten vil utarte seg som en liten fødsel, dette blir for omfattende tema å gå innpå på en så kort tid.



## **2.0 Teori**

Her vil jeg presentere en sykepleieteori som jeg mener passer bra til temaet mitt, jeg vil også presentere abortens statistikk og historie. Videre skriver jeg om selve abortprosedyren og sykepleien til den. Jeg presenterer også begrepene smerte, informasjon, trygghet og etikk. Teorien er fra både skolepensum og selvvalgt litteratur.

### ***2.1 Joyce Travelbees sykepleieteori***

For denne oppgaven velger jeg å bruke Joyce Travelbees sin sykepleieteori.

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker.”(Travelbee, 2007, s. 29). Det er en prosess som sykepleieren bevisst skaper og opprettholder. I følge Travelbee så er sykepleiens overordnede mål å hjelpe pasienten til å finne mestring, håp og mening. Å ta en abort er et livsvalg og sykepleieren kan hjelpe kvinnen i å mestre det valget hun har tatt. Travelbee (2007) mener at ethvert menneske er et eget individ, enestående og uerstattelige, de er alle forskjellige og unike på sin måte. Kvinner som tar abort er unike individer som alle har sin egen grunn for å velge abort og de forholder seg til aborten på sin egen individuelle måte.

#### ***2.1.1 Menneske til menneske forhold***

Ved at sykepleier etablere et menneske til menneske forhold til pasienten kan sykepleiens mål oppnås, her må det oppstå et forhold mellom individene og ikke rollene sykepleier og pasient. Den kan oppnås ved å følge interaksjonsprosessen som Travelbee har beskrevet; det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

- **Det innledende møtet** – her blir førsteinntrykket dannet. Hvordan individet snakker, uttrykksmåten og handler på er med på å dannet inntrykket. Sykepleieren vil observere, bygge opp antakelser og gjøre seg opp en mening om det andre individet. Noe han vil gjøre om sykepleieren. Inntrykket bygges opp av stereotyping og generalisering da individene bare kjenner hverandre som sykepleier og pasient. Sykepleieren må kunne se pasienten som et

menneskelig individ uavhengig av førsteinntrykket hun danner seg.

Sykepleieren må overskride det for å kunne bygge videre på forholdet.

- **Framveksten av identiteter** - etter hvert som forholdet mellom sykepleier og pasient utvikler seg vil identitetene bli mer fremtreden. Sykepleieren ser pasienten som et eget individ med egne opplevelser av sin situasjon. Pasienten ser også at sykepleieren er forskjellig fra andre sykepleiere.
- **Empati** – sykepleieren setter seg inn i situasjonen til pasienten.  
”Det er en prosess der den enkelte nesten umiddelbart er i stand til å fatte betydningen av hva den andre tenker og føler der og da”. (Travelbee, 2007, s.193). Sykepleieren bør være bevisst hvordan hun dømmer andre, bare da kan hun evaluere hvilken innvirkning det har på pasienten. Sykepleieren vil alltid gjøre seg en mening om pasienten. Hun bør akseptere at pasienten er forskjellig fra henne, slik kan hun vise medfølelse.
- **Sympati** – empati er å sette seg inn i et individs situasjon, sympati vil være et resultat av empatien. Sykepleieren har et ønske om å hjelpe pasienten og lindre hans ubehag. Sympati beskrives som varme, godhet og omsorg opplevd på et følelsesmessig nivå. Når pasienten opplever at sykepleieren har sympati og medfølelse for han, kan tillit begynne å oppstå.
- **Etablering av gjensidig forståelse og kontakt** – siste leddet i interaksjonsprosessen, her har sykepleier og pasient oppnådd en gjensidig forståelse som et resultat av de tidligere punktene i prosessen. Det er det overordnede målet for sykepleien.

### **2.1.2 Travelbees syn på kommunikasjon**

I følge Travelbee (2007) er kommunikasjon et redskap sykepleieren kan bruke for å etablere et mellommenneskelig forhold. Sykepleieren blir kjent med den syke igjennom kommunikasjonen, både verbal og nonverbal kommunikasjon. Hun må forstå hva den syke kommuniserer og deretter planlegge sykepleietiltak. I møtet med pasienten bruker sykepleieren kommunikasjonen som et redskap for å finne ut hvilken sykepleietiltak hun kan iverksette for at pasienten skal føle seg trygg.

## **2.2 Abortens historie, statistikk og lov**

Siden 1979 har kvinner i Norge kunnet selv velge om de vil ta abort frem til svangerskapsuke 12. Det var da selvbestemt abort i praksis ble innført. Men slik har det ikke alltid vært. Før i tiden ble det utført illegale aborter, med uheldige utfall hvor kvinnene kunne dø av abortmetodene, blødninger og infeksjoner. Dette skjer fremdeles i land hvor abort er ulovlig. Katti Anker Møller var den første kvinnen som fikk på kartet at kvinner burde være med å bestemme i abortspørsmålene, dette var allerede i 1913. Hun foreslo at legene skulle bli straffefri slik at de kunne bistå kvinnen med å ta abort. Det ble ikke tatt godt imot, verken fra menn eller kvinner. Dette var en tid da barn som kom utenfor et ekteskap ble stemplet "uekte". Kvinnen ble drevet ut på gaten hvor elendighet ventet både henne og barnet. Dette førte også til at mange kvinner fødte et fullbåret barn for deretter å ta livet av det i frykt for å havne i "uløkke", altså få barn utenfor ekteskap. Så sterkt var det stempelet. Kvinnene skulle bli straffet for å ha et "utagerende seksualliv". Prevensjon var også forbudt da dette var å motsette seg Guds vilje. De var redd for at det ville føre til usadelighet og en syndig livsførsel blant kvinnene, de var også redd for at den norske rasen skulle dø ut. Kvinnenes hovedoppgave var å være fødemaskiner. Det var ikke uvanlig med alt fra 6 – 12 unger og noen av kvinnene hadde fått alle før fylte 35 år.

Fra den første menstruasjonen varslet ungjenta om 30 – 40 års usikkerhet og angst fra måned til måned, til <jubelens dag> endelig kom – den dagen da den siste menstruasjon var over – og det var fred å få. (Aanesen, 1981 s. 88).

I 1924 åpnet Katti Anker Møller en mødrehygienekontor hvor de solgte prevensjon. Det ble en stor suksess. Men fremdeles strømmet det kvinner til for å få råd om å ta abort og fremdeles var velkjente abortmetoder som strikkepinnemetoden og kvakksalverne eller "kloke koner" som de het brukt. Og mange kvinner som gjennomførte en illegal abort i ren desperasjon døde av infeksjoner og blødninger. Tiden fra 1924 til 1979 har vært en lang vei for kvinner å gå for å få rettigheten til sin egen kropp og Katti Anker Møller har vært en forkjemper for de gode rettighetene vi kvinner har i dag. (Aanesen, 1981).

I 2010 ble det utført 15 744 aborter her i Norge , hvor kvinner i aldersgruppen 20-24 år var dominerende med 4 473 aborter (statistisk sentralbyrå, 2011).

Abortloven §4 (1975) sier følgende:

Begjæringen om svangerskapsavbrudd skal fremsettes av kvinnen selv. Er hun under 16 år, skal den eller de som har foreldreansvaret eller vergen gis anledning til å uttale seg, med mindre særlige grunner taler mot det. Er kvinnen psykisk utviklingshemmet, skal hennes verge på tilsvarende måte gis anledning til å uttale seg.

Denne loven sikrer at kvinnen har kontroll over sin egen kropp. Hvis kvinnen ønsker å ta abort og hun er kommet lenger enn 12.svangerskapsuke må hun søke om begjæringen til en oppnevnt nemnd i sitt fylke. Et sted blir grensen satt og §2 i abortloven (1975) sier følgende:

Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det. Er det grunn til å anta at fosteret er levedyktig, kan tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis.

I Norden så har både Norge, Sverige og Danmark selvbestemt abort.

### ***2.2.1 Abortsøkende kvinner***

I følge folkehelseinstituttet(2010) er den gjennomsnittlige kvinnen som tar abort mellom 20-24 år, 3 av 100 kvinner i den aldersgruppen tar abort. Statistikk viser også at det er kvinner i Oslo som tar flest abort. Tenåringsaborter har gått jevnlig ned fra 1980 tallet da den lå på 20-23 per 1000 kvinne til 14,1 per 1000 kvinne i 2010. Det kan ha noe med de forebyggende tiltakene som er satt i gang, for eksempel at jenter får gratis prevensjon fra de er 16 år – 19 år, helsesøstre har rett til å skrive ut resept på p-piller, det blir lagt vekt på informasjon om kropp og seksualitet, tilgang på reseptfri nødprevensjon og gratis kondomer. Studiet viser også at svangerskapsavbrudd er høyere hos flyktninger og innvandrere kvinner her i Norge, enn hos Norske kvinner. Dette kan ha noe med at de ikke har fått samme informasjon om kropp og seksualitet som kvinner her i Norge. Kvinnene velger oftest medikamentell abortmetode, studien viser at 2 av 3 kvinner velger denne metoden. Aborten blir også oftest gjennomført i mellom svangerskapsuke 6 – 8.

## **2.3 Abortmetoder**

Kvinnen kan velge i mellom en medisinsk abort eller kirurgisk abort. Medisinsk abort blir som oftest utført frem til svangerskapsuke 9, etter det blir det foretatt en kirurgisk abort. Noen sykehus i Norge har et prøveprosjekt ved å tilby medisinsk abort frem til uke 12 (Jettestad, 2010). Etter at kvinnen har skrevet under begjæringen om å få ta abort får hun time på sykehus hvor hun blir undersøkt av lege, her finner legen ut hvor langt kvinnen er kommet i svangerskapet, det blir tatt klamydiatest, blodprøver og prevensjonsveiledning. Valg av behandling blir bestemt etter svangerskapslengde og kvinnens helsestatus (Jerpseth, 2010). Kirurgisk abort utføres under en kort narkose hvor fosteret fjernes med vakuumaspirasjon. Selve inngrepet tar ca. 10 minutter. Komplikasjoner kan skyldes dårlig tømming av uterinkaviteten (Gudim og Juvkam, 2008). Medisinsk abort er den metoden som blir mest brukt i Norge. ”Metoden er mer skånsom, har lavere komplikasjonsrisiko og er mindre ressurskrevende enn den kirurgiske behandlingen”. (Jerpseth, 2010, s.45). Medisinsk abort foregår i to trinn. Kvinnen tar først en *mifepriston* som er et progesteronhemmende legemiddel, den gjør at livmoren ikke lenger reagerer på graviditetshormonene, dette administrerer en sykepleier på sykehuset. Deretter kan kvinnen dra hjem og returnere til sykehuset etter 48 timer. *Misoprostol*, som er prostaglandintabletter, blir ført opp i skjeden og vil myke opp og dilatere livmorhalsen. I løpet av noen timer eller et døgn vil fosteret støtes ut av kroppen. Kvinnen kan også velge å utføre den medisinske abortprosessen hjemme. Komplikasjoner kan være en inkomplett abort, den kan oppstå med rundt 4% av kvinnene (Gudim og Juvkam, 2008).

## **2.4 Sykepleie til medisinsk abort**

Sykepleieren kan møte kvinnen både før valget for abort er tatt og under selve abortprosessen. En medisinsk abort blir som oftest utført på en gynekologisk dagavdeling. Det er her sykepleieren møter den abortsøkende kvinnen.

### **2.4.1 Før, under, etter aborten**

**Før:** Sykepleierens oppgave preoperativt er å støtte kvinnen i det valget hun tar. Kvinnen bør møtes med forståelse og respekt. I følge Kero (2005) kan sykepleieren råde kvinnen til å reise hjem og bruke lengre tid på avgjørelsen hvis hun ser at hun er i tvil (sitert i Jerpseth, 2010). Det er ofte en fordel hvis kvinnen har samme sykepleier gjennom hele forløpet for å skape et godt tillitsforhold og igjen trygghet. Dette kan bli

en utfordring for sykepleieren fordi kvinner som tar medisinsk abort oppholder seg i en veldig kort periode på sykehuset. Hvis kvinnen velger å gjennomføre aborten er det sykepleieren som administrerer forordnet *mifepriston*. Sykepleieren bør informere kvinnen om hvilken type smerter og blødninger hun kan vente seg.

**Under:** Kvinnen skal ligge den første timen da Misoprostol skal virke, etter det bør hun gå litt for at fosteret skal kunne føres nedover. Her er det viktig for sykepleieren at hun ser til at kvinnen er godt smertelindret. Blødningen bør også observeres, både mengde, utseende, koagler og svangerskapsrester. Dette sjekker sykepleieren ved å inspisere pasientens bind. Sykepleier bør også følge med på blodtrykk, puls og respirasjonen til kvinnen med tanke på hypovolemi da kvinnen kan blø rikelig. Sykepleier kan administrere forordnet intravenøs væskebehandling og en eventuell blodtransfusjon som behandling mot hypovolemi. Under hele abortforløpet er det viktig å ta vare på psyken til kvinnen ved å la henne få snakke ut om sine følelser, hvis hun ønsker det. I følge en studie gjort av Broen (2007) kommer det frem at kvinner kan få langvarige plager hvis de fornektet sine følelser (siteret i Jerpseth, 2010). ”Ved å lytte og samtidig formidle trøst, støtte, informasjon og omsorg, bidrar hjelperen til en bedre emosjonell kontroll og mestring”. (Eide og Eide, 2007, s.183). Hvis pasienten får snakket ut om følelsene sine kan det lette på det emosjonelle trykket.

**Etter:** Kvinnen må informeres om både infeksjonsfarene og at det er helt normalt å ha en avtakende blødning de første to ukene etter en medisinsk abort (Jerpseth, 2010). Det er også viktig å informere kvinnen at hun må ikke stenge følelsene inne. På dette stadiet kan kvinner ha ambivalente følelser, både lettelse og sorg. Da er det godt å kunne snakke med noen om disse motstridende følelsene.

#### **2.4.2 Smerte og ubehag**

Å ta en medisinsk abort er mer skånsomt for kvinnen enn en kirurgisk abort på grunn av komplikasjonsfarene ved kirurgisk metode, men den kan føre med seg mye smerter som kan ligne sterke menstruasjonssmerter. Å oppleve smerte er en subjektiv følelse. Smertene kan variere mye fra person til person. Smertelindring er i alle fall et stort ansvar og en viktig oppgave sykepleieren har. Sykepleieren kan administrere

forordnet smertelindring selvstendig noe som kan optimalisere behandlingen hos pasienter med smerter. For å kartlegge smertene til pasienten må sykepleiere bruke den viktigste datasamlingen, kommunikasjon. Hun må spørre pasienten hvor han har smerter, hun kan også se på ansiktsuttrykk, hudfargen og pulsen (Berntzen, Danielsen og Almås, 2010). ”Vagitoriene med prostaglandin virker indirekte inn på muskulaturen i mage-tarm-kanalen og kan føre til avføringstrang, kvalme og oppkast”. (Jerpseth, 2010, s.45).

### **2.4.3 Informasjon**

Å informere pasientene er en stor del av jobben med å være sykepleier. Ved å informere pasienten om hva som skal skje i god tid på forhånd, kan det gi pasienten en følelse av kontroll, forutsigbarhet og mestring. Informasjonen bør være konkret og ikke overlesse pasienten med medisinske fagtermer. På forhånd vet sykepleieren hvilken informasjon pasienten trenger å vite, men hun vet ikke alt pasienten trenger å få informasjon om. Pasienten vet det kanskje ikke selv alltid. Dette kalles skjult informasjon. Her kan sykepleieren bruke en narrativ tilnærming og spørre pasienten hvordan det går. ”Slike fortellinger kan bidra til å oppklare misforståelser, manglende kunnskap, følelsesmessige reaksjoner, vurderinger av hva en oppfatter som viktig og uviktig”. (Eide og Eide, 2007, s.294).

### **2.4.4 Den trygge og den utrygge pasienten**

Helt fra vi er små har vi behov for trygge og sterke bånd, det er et grunnleggende behov vi mennesker trenger. Hvis de blir brutt kan det skape psykiske vanskeligheter. Selv som voksne har vi også det behovet og spesielt når vi er i situasjoner hvor man er sårbar eller opplever en krise (Eide og Eide, 2007). Oppmerksomhet, det å bli sett og føle seg ivaretatt er essensielt i det å føle seg trygg. For å oppnå trygghet må det også være tillit til stede. Henriksen og Aarflot (2002) beskriver at tillit og trygghet henger nøye sammen, hvis ikke tillit er tilstede kan ikke trygghet oppnås noe som kan ha innvirkning på behandlingsforløpet. Når pasienten viser sykepleieren tillit kan ikke sykepleieren ignorere den, å vise tillit er å være sårbar. Hvis tilliten ikke blir møtt kan det ha negative følger for forholdet mellom pasient og sykepleieren. At pasienten får tillit til sykepleieren er basert på oppførselen og væremåten til sykepleieren. Pasienten

føler seg bedre ivaretatt ved at sykepleier viser empati, respekterer og engasjerer seg i han. Holdningen til sykepleieren spiller også en viktig rolle. ”I dette ligger det at vi har ansvar for våre holdningsmessige reaksjoner, at vi må tilpasse væremåten vår til den aktuelle situasjonen”. (Kristoffersen og Nortvedt, 2005, s.164). Dette er også noen av hovedpunktene som Travelbee beskriver i interaksjonsprosessen. Empati, sympati og gjensidig forståelse. Når trygghet er oppnådd kan sykepleier og pasienten spille på samme lag og dermed kan pleien blir mer helhetlig. Det motsatte av trygghet er redsel.

Utrygghet har flere sider som utfordrer dem når dere møtes: Utrygghet vil ofte snevre inn perspektivet på situasjonen, fordi angst fører til at man først og fremst fokuserer på det som er mest problematisk (Henriksen og Aarflot, 2002, s.161).

Pasienten kan være utrygg nå han kommer på sykehuset og møter sykepleieren for første gang, men som oftest er det ikke sykepleieren pasienten er utrygg på men selve situasjonen eller sykehuset.

#### **2.4.5 Etikk**

I hverdagen som sykepleier kan man ofte komme opp i situasjoner som gir oss etiske utfordringer. En kan skille mellom tre ulike etiske utfordringer; etiske dilemmaer, etiske problemer og etiske vanskelige situasjoner. Et etisk dilemma er en valgsituasjon hvor begge sidene er ønsket eller hvor konsekvensen kan være uønsket. Etisk problem er verdikonflikter som kan vekke forvirring og løsningen på slike konflikter kan påvirke synet på mennesket. En etisk vanskelig situasjon betyr at verdier står på spill som det kan være vanskelig å realisere i situasjonen. (Slettebø, 2008).



## **3.0 Metode**

### **3.1. Definisjon av metode**

Metode er i følge Tranøy (1985) et redskap og en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap eller etterprøve allerede eksisterende kunnskap (sitert i Dalland, 2007). Metoden hjelper oss til å samle inn data om det spesifikke emnet vi ønsker å skrive om. Det finnes i følge Dalland (2007) to hovedretninger av metode, kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ metode går ut på å samle inn personlige opplevelser og meninger, i motsetning til kvantitativ som samler inn informasjon for å gjøre den om til en målbar enhet. Kvantitativ ønsker å gå i bredden av datainnsamlingen, mens kvalitativ går i dybden.

### **3.2 Litteraturstudie som metode**

Et litteraturstudie går ut på å søke systematisk, kritisk granske, analysere og sammenligne allerede eksisterende litteratur. En forutsetning for å kunne gjennomføre et systematisk litteraturstudie er at det finnes nok studier av en god kvalitet om det spesifikke temaet man skriver om for å kunne trekke konklusjoner. Hearn et al. (1999) beskriver at en systematisk litteraturstudie skal inneholde; en klar og tydelig problemformulering, en søkestrategi, inklusjons – og eksklusjonskriterier for valg av studier, presentasjon av metodevalg og resultat fra hver studie, presentasjon av de studier som er valgt bort og hvorfor og en rapport som beskriver alle sentrale deler ved studien (sitert i Forsberg og Wengström, 2008).

I retningslinjene for bacheloroppgaven står det at metoden skal være en litteraturstudie. Denne oppgaven bruker derfor litteraturstudie som metode. Jeg vil systematisk lete og analysere allerede eksisterende artikler som er av relevans for min problemstilling.

#### **3.2.1 Sterke og svake sider ved metoden**

Hearn et al. (1999) beskriver at systematisk litteratursøk kan både ha sterke og svake sider. For sykepleiere er et litteratursøk en lett måte å skaffe seg oppdatert kunnskap på fordi at det er lett tilgjengelig i form av både artikler og bøker. Men svakhetene med en litteraturstudie kan være at det er tilgang til begrenset mengde relevant

forskning, selektivt utvalg om ekspertene velger studier som støtter eget ståsted og de ulike ekspertene kan komme frem til ulike resultater (sitert i Forsberg og Wengström, 2008).

### **3.3 Fremgangsmåte**

For å søke frem til artikler brukte jeg databasene CHINAL, Ovidsp og sykepleien forskning. Jeg fant imidlertid alle de aktuelle artiklene på CHINAL derfor blir bare søkene fra den databasen beskrevet. Jeg synes også CHINAL hadde en mer oversiktlig database noe som ga meg en bedre oversikt av søkene. Men før jeg begynte å søke satte jeg noen kriterier: Artiklene skulle ikke være eldre en 10 år, de skulle være fra Vesten, helst kvalitative, godkjent av en forskningsetisk komité og at de var engelsk eller norsk språklig.

Jeg tok utgangspunktet i ordene ”sykepleier”, ”trygghet” og ”abort”. For å finne MeSH/engelske søkeord for disse betegnelse brukte jeg SveMed+ og ordnett. De engelske søkeordene jeg brukte var ”nurse”, ”nursing care”, ”safety”, ”abortion”, ”induced abortion” og ”medical abortion”. Jeg begynte med å søke bredt for deretter å snevre det inn ved å kombinere de forskjellige søkeordene. For å finne frem til en artikkel så jeg først på tittelen og om den inneholdt de søkeordene beskrevet ovenfor. Hvis tittelen innfridde de kriteriene så leste jeg abstrakt for å se om artikkelen var relevant for oppgaven min. Var den kvalitativ, godkjent av etisk komité og bygget opp som en forskningsartikkel så leste jeg innholdet.

Etter å ha søkt på de forskjellige databasene oppdaget jeg at det var lite forsket spesifikt på trygghet til kvinner som tar medisinsk abort. Jeg valgte derfor å utforske kvinnene sine følelser og tanker før, under og etter aborten for å kunne forstå hvilken situasjoner kvinner føler seg usikre, redde og hva de trenger av sykepleieren. På bakgrunn av valgene ovenfor fant jeg fire artikler jeg ville bruke videre.

Søkeordet ”Induced abortion” ga 2663 treff og der fant jeg artikkelen ”Women’s experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective” av Lena Aléx og Anne Hammerström (2004). Jeg valgte denne artikkelen fordi den gir et innblikk over følelsene til kvinnene både før, under og etter aborten. Da kan jeg bedre forstå hvordan de abortsøkende kvinnene opplever aborten og hvilken tanker de gjør

seg rundt den, noe som igjen gir meg en bedre forståelse av kvinnens situasjon og dermed kan hjelpe meg til å svare på problemstillingen min.

Søkeordet "Medical abortion" ga 706 treff, der fant jeg to artikler. Første artikkelen var "Early abortion as narrated by young swedish woman" av Britt-Marie Halldén, Kyllike Christensson og Pia Olsson (2009). Jeg valgte å ha med denne med selv om den er bygget opp på noenlunde samme måte som artikkelen av Aléx og Hammerström da jeg ville sammenligne reaksjonene, følelsene og tankene til kvinnene for å styrke studien min. Den andre artikkelen jeg ville bruke var "The perception of pain and knowledge - Seeking in woman choosing medical abortion" av Gay L.Goss (2004). Når jeg kom over tittelen til artikkelen ble jeg interessert i å lese om sammenhengen mellom smerte og medisinsk abort. Opplevelsen av smerte og trygghet kan ha en sammenheng derfor mente jeg at den kunne være relevant for problemstillingen min.

Kombinasjonen "Abortion" AND "Nurse" ga 157 treff og der fant jeg artikkelen "A woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study" av Allyson Lipp (2008). Denne ville jeg ha med fordi den viste hvordan det er for sykepleieren å være så tett innpå kvinner som tar abort. Den mener jeg er relevant for problemstillingen min da jeg vil se på sykepleierens holdninger og etikk for å kunne se hva som eventuelt kan gi trygghet/utrygghet til kvinnene.

Som dere ser utfra søketabellen min (se vedlegg 1) så har det kommet opp en god del treff i forhold til abort, men de fleste har vært irrelevante for min problemstilling. Når jeg kombinerte "Abortion" AND "Safety" eller "Abortion" AND "Secure" dukket det opp mange artikler som var utenfor Vesten og nesten alle de omhandlet sikkerhet i forhold til abortprosedyren, det kan være på grunn av at abort er ulovlig i flere land. Veldig mange artikler omhandlet også spontan abort. Det var flere artikler som kunne ha vært aktuelle, men de fleste hadde ikke en elektronisk tilgang og det tok for lang tid å bestille de artiklene.

### **3.4 Metodekritikk**

For å kritisk vurdere artiklene jeg hadde funnet brukte jeg relevante sjekklister som finnes bak i boken til Forsberg og Wengström (2008).

Studiene gjort av Lena Aléx og Anne Hammerström (2004) og av Britt-Marie Halldén et.al. (2009) er begge kvalitative artikler og godkjent av forskningsetisk komité. De beskriver godt hvem kvinnene er og hvordan de ble rekruttert. Hvordan og hvor intervjuene ble utført er beskrevet i artiklene. Dataanalysen og resultatet kommer godt frem i begge artiklene. Begge artiklene stiller også kritiske spørsmål til sin egen studie. Jeg syns resultatdelene var innholdsrike og artiklene ga meg et godt innblikk i de komplekse følelsene kvinnene opplever før, under og etter abort. Forsberg og Wengström (2008) anbefaler å velge studier som inkluderer mange deltakere og lite bortfall. Studiene til sammen gir bare perspektivet til 15 kvinner og med stort bortfall, det er et lite antall av de som tar abort, men jeg vurderer studiene som gode da en abort er vanskelig følelsesmessig og må forklares med ord, derav brukes en kvalitativ studie. Det virker som det også er vanskelig å rekruttere kvinner til slike studier. Kanskje på grunn av at abort er tabu eller kvinnene ønsker ikke å snakke om opplevelsene. Utfra sjekklisten vurderer jeg likevel dette som gode artikler.

Studien gjort av Allyson Lipp (2008) er en kvalitativ artikkel og godkjent av forskningsetisk komité. Resultatdelen besvarer hensikten til studien og kommer klart frem. Forskeren stiller også kritiske spørsmål ved studien sin. For å styrke sin kredibilitet sendte forskeren deltakerne sine egne intervjunotater for verifikasjon, hun hadde også en likestilt mentor som utfordret data analyse delen hennes ved en diskusjon. Utfra sjekklisten vurderer jeg denne artikkelen som god.

Studien gjort av Gay L.Goss (2004) er en mixed – method artikkel. Her brukte jeg både en kvalitativ og kvantitativ sjekklister da metoden består av begge deler. Den er godkjent av OHRP – Office for Human Research Protections. Resultatdelen består av både kvantitative og kvalitative funn. Fordelen med den metoden er at temaet kan belyses fra ulike synsvinkler. Det som både styrker og svekker denne studien er bruk av spørreskjema. Den gir oss mulighet til å hente informasjon fra en stor andel av kvinnene, men det er også viktig at spørreskjemaet er bra nok formulert slik at

kvinnene oppfatter spørsmålene likt (Dalland, 2007). Spørreskjemaene kan påvirke konklusjonen til studiet.

Dalland (2007) anbefaler at man bruker primærkilde i en litteraturstudie. Jeg har så langt det lot seg gjøre brukt primærkilder for å styrke min studie. Men det har ikke vært like lett å få tak i primærkildene på bibliotekene da de er som oftest utlånt. Litteraturen og kildene jeg bruker i denne studien skal helst ikke være over 10 år gamle, med noen unntak. De to punktene kan ha betydning for konklusjonen i denne studien. Et kritikkverdigg punkt ved studien min er at jeg ikke fant noen forskningsartikler som omhandlet spesifikt trygghet og medisinsk abort på sykehus. Det viser seg at dette er et lite forsket område. I pensum bøkene står det svært lite om sykepleie til kvinner som tar provosert abort. Sykepleien til provosert abort er blitt kombinert med spontan abort i pensumbøkene noe jeg mener kan gi sykepleien et uheldig utgangspunkt på grunn av bakgrunnen for abortene. Resultatet i denne studien kan også bli preget av det.

### **3.5 Forskningsetikk**

”Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd”. (Dalland, 2007, s.233).

Etiske utfordringer vil være i alle faser av en forskning, alt fra planleggingen til presentasjonen av resultatene. Alle artiklene jeg bruker er godkjent av en forskningsetisk komité, da jeg ønsker at kvinnene i artiklene jeg vil bruke har blitt behandlet på en etisk riktig måte. Alle kilder jeg bruker i denne oppgaven referer jeg til tråd med Høyskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer om kildehenvisning.

## **4.0 Resultat/Funn**

Her vil jeg presentere funnene fra hver av de fire artiklene som jeg vil bruke i denne oppgaven og deretter skrive en oppsummering av hovedfunnene. Se vedlegg 2 for resultattabell.

### ***4.1 "Early abortion as narrated by young Swedish woman"***

Forfatter: Britt-Marie Halldén, Kyllike Christensson og Pia Olsson.

År: 2009 Scandinavian Journal of Caring Sciences.

Hensikten med denne studien var å belyse kvinnens opplevelse av å ta provosert abort blant svenske kvinner. Ti unge jenter mellom 18-20 år ble intervjuet 2-6 uker etter en medisinsk eller kirurgisk abort. Forskerne ba kvinnene om å fortelle om sine opplevelser ved å stille de åpne spørsmål. Etter å ha analysert dataen kom forskerne frem til fire hovedfunn:

- **Omsorg og beskyttelse for en uant graviditet.** Kvinnene opplevde at de var glade over sin fruktbarhet og graviditet. de beskrev det som en "ut av seg selv" opplevelse. Overrasket over at de kunne bli gravid. Kvinnene opplevde morsfølelse og ønsket å beskytte fosteret ved å spise sunnere, bruke bilbelte, slutte med røyking og drikking.
- **Tatt livet av mitt eget barn med smerter.** Kvinnene var i den forståelsen at de tok livet av barnet deres. Hvis de hadde fortsatt graviditeten hadde et barn blitt født som var deres. Noen av kvinnene kunne distansere seg fra det at fosteret kunne være et potensielt menneske ved å snakke om fosteret som "det", "tingen" eller "orm". Medisinsk abort var forbundet med smerte og kvinnene som tok medisinsk abort så på det som en lærdom, de ga seg selv et løfte om at de aldri skulle komme opp i samme situasjon igjen. Noen av kvinnene opplevde at de var lettet etter aborten, ikke på grunn av at fosteret var tatt bort, men at trøbbelet var vekke.
- **Sensitivitet mot anerkjennelse fra andre.** Kvinnene ønsket anerkjennelse fra partner, foreldre, helsepersonellet. Følsomhet vekket smerte og ubehageligheter mot både mindre og større motgang. De var spesielt opptatt av at mødre skulle være støttende. Partnerens støtte var også svært viktig etter

aborten. At helsepersonellet møtte kvinnene med respekt og vennlighet ble opplevd som at de godkjente valget deres om å ta abort.

- **Forestille seg hvordan barnet ville ha vært.** Etter aborten så opplevde kvinnene en følelse av kroppslig tomhet og kunne se seg selv som mødre og partneren som en potensiell far når de så noen trille en barnevogn. Kvinnene var også redde for at å ha mistet den ene sjansen for å bli gravid og at de var blitt ufruktbare etter aborten.

#### ***4.2 "A Woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study"***

Forfatter: Allyson Lipp.

År: 2008 Contemporary Nurse.

Hensikten med denne studien var å undersøke to emner; hvordan sykepleiere oppfatter sin rolle hos kvinner som tar abort og hvordan sykepleiere mestrer den økte innblandingen hos kvinner som tar medisinsk abort. Hun delte funnene relatert til fire kategorier:

- **Tilrettelegge avgjørelsen.** Sykepleierne hadde en strategi om å assistere kvinnen i valget istedenfor å anta at abort var endelige valget. En av deltakerne sa at hun pleide å dra hjem med en hodepine, ikke på grunn av kvinnene men på grunn av situasjonen for hun måtte hele tiden tenke over hva hun sa til kvinnene. Sykepleieren måtte passe seg å ikke påvirke valget og ikke si noe som gjorde valget enda vanskeligere enn det er. Det var kvinnens eget valg de måtte tilrettelegge for og assistere.
- **Verdsette konteksten.** Sykepleierne mente at det var viktig å respektere og verdsette valget til kvinnen selv om kvinnene hadde mange faktorer som spilte inn på avgjørelsen, da spesielt forhold til partner og familie. De mente at det var de spesifikke omstendighetene som førte til at kvinnene ønsket abort, hadde det vært på et annet tidspunkt eller andre omstendigheter ville de kanskje ha fullført svangerskapet.
- **Hvordan sykepleier opplever at hun selv og kvinnene mestrer aborten.** Her kom det frem forskjellige synspunkt i hvordan kvinnene mestret den medisinske aborten. En sykepleier så på det å gå gjennom aborten kunne

oppleves som en slags "straff" for kvinnen og at det var mindre sjans for at kvinnene returnerte for ny abort. En annen sykepleier så på det som at kvinnen fikk økt kontroll under aborten. Nesten alle sykepleierne foretrakk at kvinnene tok kirurgisk abort for det var bare et "lite" inngrep. Medisinsk abort førte med seg mye følelser og de innså hvor mye mer emosjonell den medisinske aborten var i forhold til den kirurgiske. Kvinnene ble overrasket over at de kunne se svangerskapsrestene, et foster formet som et lite barn. Få av sykepleierne snakket om det følelsesmessige aspektet hos seg selv. Hun ene sykepleieren forklarte at hun ble lei seg av å se produktet av aborten, men hvis hun skulle klare å jobbe med dette hver dag måtte man slette bildene fra tankene og ikke tenke over hva man egentlig jobbet med. Studien viste også at sykepleierne hadde stor medfølelse og var dedikerte i arbeidet sitt for kvinnene.

- **Kvinne sentrert sykepleie.** Sykepleierne var opptatt av å sette kvinnenes behov i sentrum og gi en individuell pleie.

#### ***4.3 "Women´s experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective"***

Forfatter: Lena Aléx og Anne Hammerström.

År: 2004 Scandinavian Journal of Caring Sciences.

Hensikten med denne studien var å analysere kvinnens opplevelse av provosert abort sett fra et feministisk perspektiv. Hun delte funnene relatert til tre kategorier:

- **Opplevelser i forhold til valgprosessen.** Kvinnene opplevde både glede og sjokk når de oppdaget at de var gravid. De opplevde valget som deres eget, men at valget var avhengig av omstendighetene og innflytelse fra relasjoner rundt de. Minner fra barndommen, partneren, venner, økonomi og sosiale normer hadde alle en innvirkning på valget. Det som kom sterkest frem i forhold til valgprosessen var følelsen av å være ambivalent. Ene kvinnen sa at uansett hvilket valg hun ville ha tatt ble det feil. En annen kvinne opplevde valget som umulig. Valgprosessen var fylt med kvaler. De fleste kvinnene opplevde støtte fra mødre og venninner, men ikke fra partneren. At de ikke fikk støtte fra partneren hadde stor innvirkning på valget. Kvinnene var



generelt for abort og de så viktigheten av friheten kvinner hadde til å velge over sin egen kropp, men de var også negative til sin egen abort.

- **Opplevelser i forbindelse med selve aborten.** Kvinnene hadde forskjellige oppfatninger på støtten de fikk fra helsepersonellet. Noen opplevde at de var støttende, positive og informative, mens andre opplevde at de var kalde, negative og ignorerte de. Kvinnene som fikk negativ opplevelse på sykehuset forklarte at følelsen av skam, tristhet, ensomhet og usikkerhet ble forsterket. En kvinne opplevde å blø veldig mye og hun turte ikke å gå på toalettet for hun var redd for å besvime, så det resulterte i at det kom blod i sengen. Når sykepleieren fikk se det, irettesatte hun kvinnen. Noen av kvinnene ble overrasket over smertene og de opplevde aborten som mye vondere enn det de hadde trodd. Det var også enkelte som ikke kjente noe smerte.
- **Opplevelser i forhold til tiden etter aborten.** Kvinnene følte seg svært ambivalente og tomme etter aborten, men også glede og modenhet over opplevelsen av å ha vært gravide. De følte glede over sin egen fruktbarhet. Men de tenkte også mye på hvordan kroppen hadde vært hvis de hadde fortsatt svangerskapet. Støtte fra partneren var viktig, de ønsket å kunne snakke med han om aborten.

#### ***4.4 "The perception of Pain and Knowledge-Seeking in Woman Choosing Medical Abortion"***

Forfatter: Gay L.Goss.

År: 2004 Clinical Excellence for Nurse Practitioners.

Hensikten med denne studien var å undersøke kvinnens kunnskap om smerte i forbindelse med abort og hvor de fikk denne kunnskapen ifra.

- **Kvantitative funn:** Kunnskapen om smerte var bedre hos kvinner som hadde søkt etter informasjon igjennom media, for eksempel internett, enn hos de som fikk informasjon igjennom personlig samhandling. 59% av kvinnene søkte etter informasjon på internett. 55,6% av kvinnene opplevde smerter over 5 på smerteskalaen som går fra 1 til 10.

- **Kvalitative funn:** Her kom frem to hovedtemaer i forhold til selve den medisinske aborten; smerte og fremtidig svangerskap. Ved innkomst uttrykte kvinnene at de var redde for smertene, hvordan type smerter da var og hvor lenge de skulle vare. Når kvinnene ble intervjuet etter aborten nevnte de at de ikke var godt nok forberedt på hvor sterke smerter de kom til å få og at smertene opplevdes sterkere enn forventet. Kvinnene var også redde for at de ikke skulle få sjansen til å bli gravide igjen. Dette var et tema som kom opp på oppfølgings intervjuet men ikke ved innkomst intervju.

#### ***4.5 Oppsummering av hovedfunnene***

Hovedfunnene slik jeg leser utfra de fire artiklene er at abort innebærer mange vanskelige og komplekse følelser. Kvinnene er ambivalente i forhold til valget noe som gjør situasjonen veldig vanskelig og ikke minst kompleks. Det er kvinnen sitt valg og det må respekteres, selv om man kan tenke seg at hun ikke alltid er alene om det valget. Som sykepleier må man være bevisst på alt man gjør og sier når man jobber med abortsøkende kvinner, det kan være slitsomt men også givende. Hvordan sykepleierens holdning er ovenfor kvinnen har mye å si om kvinnen opplever en god pleie eller ikke. Negativ opplevelse kan forsterke følelsen av skam og usikkerhet. Kvinnene ønsker anerkjennelse, respekt og oppmerksomhet fra helsepersonellet. Funnene viser også at informasjon er viktig. Kvinnene opplevde at smertene var større enn det de forventet, det kan tyde på mangelfull eller riktig informasjon.

## **5.0 "Hva kan sykepleier gjøre for å gi trygghet til kvinner som tar medisinsk abort på sykehus?"**

Her vil jeg drøfte hva sykepleiere kan gjøre for å gi trygghet til kvinner sett ut fra funnene jeg har gjort og teori jeg har funnet. Jeg vil først drøfte sykepleierens holdninger sett i lys av både historie, stereotypiske forestillinger og etiske utfordringer. Videre vil jeg drøfte behovet for informasjon i forhold til smerte, reproduktive konsekvenser og oppfølging av kvinnene.

### **5.1 Sykepleierens holdning**

Har sykepleieren tidligere dårlige erfaringer eller sterke meninger om abort kan det farge møtet med kvinnen. Når kvinnen kommer inn på sykehuset for å ta en abort opplever hun mange komplekse og ambivalente følelser, kanskje hun ønsker barnet men opplever ikke støtte fra partneren noe som fører til at hun må ta abort for hun vil ikke ende opp som alenemor. Derfor kan vi tenke oss at når kvinnen kommer først til sykehuset er hun preget av ambivalente følelser, helt frem til første pillen skal svelges, kanskje til og med etter at den er tatt. Med mange ulike følelser kan kvinnen bli ekstra følsom for hvordan hun blir møtt av sykepleieren. Å velge bort sitt fremtidige barn er ingen lett avgjørelse, det er muligens det vanskeligste valget den kvinnen må ta i sitt liv. Møtes de med en negativ holdning kan det skape et dårlig utgangspunkt for relasjonen mellom sykepleier og kvinnen, noe som fører til mangel av tillit og dermed trygghet hos de. Det kan også gjøre abort prosessen vanskeligere enn den behøver å være.

Vi trenger ikke å gå lenger tilbake enn til 1920 tallet hvor kvinner ikke hadde retten til å bestemme over egen kropp og frem til 1970 tallet når abortloven først ble vedtatt. Abort er fremdeles i dag et tabu belagt emne og det er mange som har sine personlige meninger om saken, selv de som jobber med abortsøkende kvinner. Det fører til at abort sjeldent blir snakket om. I dag har heldigvis kvinner klart å ta tilbake rettigheten til å bestemme over egen kropp, men fremdeles er holdningene til abort varierende. Kvinner er tause om sine egne aborter kanskje på grunn av at de er redde for hva samfunnet sier og at de blir dømt ut fra valget de tar. Men er det kanskje nødvendig å ha noen negative holdninger for å ikke legitimere abort som et slags prevensjonsmiddel? Det er et etisk dilemma som er vanskelig å svare på.

Jeg mener at abortsøkende kvinner uansett ikke bør oppleve negative holdninger når de kommer på sykehuset fordi de allerede er oppmerksom på at de finnes.

I studien til Aléx og Hammerström (2004) kom frem både positive og negative opplevelser i forhold til personalet på sykehuset. De kvinnene som opplevde sykepleierne som kalde, negative og ignorant fikk forsterket følelsen av skam, ensomhet, usikkerhet og tristhet. Når kvinnene kommer på sykehuset er de allerede veldig følsomme, både på grunn av et vanskelig valg de skal ta og ikke minst de hormonelle forandringene en graviditet fører med seg. De kan være oppmerksomme på alt som blir sagt, ikke sagt, blikk de får eller blikk de ikke får. Flesteparten av kvinnene i studien opplevde også at selve omgivelsene på sykehuset var fremmed og kalt. Noen mennesker har hatt dårlige opplevelser i forhold til tidligere sykehusopphold, så når de først ankommer sykehuset er de i utgangspunktet utrygge. I studien til Halldén et al. (2009) beskrev kvinnene at de ønsket respekt og vennlighet fra personalet på sykehuset, de ønsket også at valget deres ble akseptert. Travelbee (2007) forklarer i sykepleieteorien sin at ethvert menneske er et unikt individ. For at sykepleieren skal kunne bygge opp en relasjon til kvinnen må hun klare å se hun som et eget individ og forskjellig fra alle andre kvinner. Hun beskriver videre at vanligvis i det innledende møtet ser ikke sykepleieren og pasienten hverandre som unike individer. De ser hverandre basert på stereotypiske forestillinger. Sykepleieren bør være bevisst på sine egne stereotypiske forestillinger for å klare å bygge et forhold til kvinnene. Mennesker generelt kan ha stereotypiske forestillinger om abortsøkende kvinner, for eksempel at de "alle" er uansvarlige, arbeidsledige og unge. For at sykepleier skal klare å legge vekk holdningene sine må hun først akseptere at holdninger er en del av oss mennesker. Man kan ikke benekte seg selv å ha holdninger for det er noe som bare kommer av seg selv, da er det bedre å akseptere de og bevisst på at de er der. Så kan sykepleieren legge holdningene til side og konsentrere seg deretter om kvinnen. For at sykepleier skal kunne gi kvinnen trygghet på sykehuset bør hun møte kvinnen med respekt, empati og vennlighet. Dette kan hun best gjøre ved å ikke la holdningene sine skinne gjennom i pleien til kvinnen.

Travelbee (2007) forklarer at stereotyper forhindrer sykepleieren til å kommunisere og etablere et forhold til kvinnen. I følge studien til Lipp (2008) kom det frem at sykepleierne mente det var en del av jobben deres å respektere og verdsette valget til

kvinnene. Sykepleien deres gikk ut på å ha kvinnen i sentrum. Dette synes jeg er et godt utgangspunkt for sykepleie til kvinner som tar abort. Sykepleieren utfører sykepleietiltakene og møter kvinnen ut fra et kvinnesentrert perspektiv. Hvis kvinnen er i sentrum kan det være lettere å respektere henne og valget hun tar. Kvinnen og hennes velvære er det som betyr noe i abortsammenhengen. Det kan også være godt for sykepleieren da hun fokuserer på det at det er kvinnen hun skal hjelpe. Jeg mener at hvis kvinnen opplever at sykepleieren har henne i sentrum og viser at hun er opptatt av hennes velvære kan det gjøre at relasjonen mellom de blir basert på tillit og dermed kan kvinnen føle seg trygg.

Abortdebatten fører samtidig med seg mange etiske utfordringer. Sykepleiere som jobber med kvinner som tar aborter har nok hatt mange tanker om det etiske aspektet ved jobben sin. På en side tenker hun på kvinnenes rettigheter men på andre siden så er det også det lille livets rettigheter. Hvem skal ha rettigheten til å bestemme? Kvinnen eller fosteret? De spørsmålene er umulig å svare på. Kvinnen har nok også tenkt mye over de samme spørsmålene. Etter å ha forsket på dette temaet og sett hvor komplekst det er så mener jeg at sykepleieren også bør ha noen å snakke med for å kunne håndtere alle de etiske utfordringene. Det kan være bra å ha noen faste rutiner på det at sykepleiere som jobber på avdelingen setter av noen stunder eller har refleksjonsmøter hvor de kan snakke sammen om ulike tanker og sine egne opplevelser. Sykepleieren bør lufte tankene sine og dermed unngå at det bygger seg opp negative holdninger til jobben og kvinnene. Ved at hun snakker med andre om det kan det bidra til at det blir lettere for henne å unngå at holdninger skinner igjennom og at da vil pleien til kvinnene bli bedre slik at de føler seg trygge under aborten.

Når sykepleieren møter kvinnen for første gang kan hun ha Travelbee (2007) sin interaksjonsprosess i bakhodet, med det innledende møtet hvor førsteinntrykket blir dannet, fremveksten av identiteter hvor sykepleieren og pasienten ser hverandre som unike individer, så videre til at sykepleieren får empati og sympati for pasienten og til slutt en gjensidig forståelse mellom sykepleieren og pasienten. Hvis hun klarer å følge de stegene med respekt og vennlighet mener jeg at kvinnen vil føle seg trygg under abortprosessen.

## **5.2 Behov for informasjon**

En kvinne som skal igjennom en medisinsk abort trenger informasjon på lik linje med alle andre pasienter. Når kvinnen kommer til sykehuset kan det være en utrygghet der allerede fra før av, hun kan være nervøs for hva som skal skje, redd for smerter og ubehag, hun kan også ha hørt eller lest om tidligere erfaringer fra kvinner som har tatt abort. Informasjon kan være med på å gi kvinnen kontroll og forutsigbarhet som igjen gir henne trygghet. Det kommer frem i begge studien gjort av Alex og Hammerström (2004) og Goss (2004) at kvinner som tar medisinsk abort er lite informerte om omfanget av smertene og blødningene, og at mange av kvinnene er overrasket over hvor mye smerte de hadde. Å gi informasjon er noe sykepleieren gjør flere ganger i løpet av en arbeidsdag, men hun må også huske på at de fleste kvinnene tar abort for første gang, så selv om noe er en selvfølge for sykepleieren er det ikke det for kvinnen. Hun må gi en fyldig og god informasjon til hver kvinne som skal ta abort. Informasjonen bør bli gitt på en vennlig og respektfull måte.

### **5.2.1 Smerte**

I bøkene brukt i denne oppgaven står det beskrevet at kvinnen kan oppleve sterke ”menstruasjonssmerter”, men hva er egentlig definisjonen på sterke menstruasjonssmerter? Kan ikke det variere fra kvinne til kvinne hva de opplever som sterke menstruasjonssmerter? Jeg viser til Travelbee (2007) igjen som forklarer at alle mennesker er unike med egne opplevelser og følelser.

Det som er oppsiktsvekkende er at i studien gjort av Goss (2004) kom det frem at 55,6% av kvinnene som tok medisinsk abort svarte at de hadde mer enn 5 på smerteskalaen hvor 10 er verst tenkelig smerte. Dette kan gi en liten pekepinn på hvor mye smerter kvinnene kan oppleve under aborten. Hvor på skalaen ligger sterke menstruasjonssmerter? Funnene i studien til Goss (2004) viste at kvinnene som hadde funnet kunnskapen på internettet var faktisk bedre forberedt på smertene enn de som fikk informasjon fra profesjonelle innen helsevesenet. Her er det tydelig at informasjonen gitt av helsevesenet ikke var tilstrekkelig.

Eide og Eide (2007) sier at informasjon er en viktig oppgave sykepleieren har og ved å gi pasienten informasjon på forhånd kan det gi pasienten kontroll, forutsigbarhet og

mestring av situasjonen. Smerteopplevelse er en subjektiv følelse og det er bare kvinnen som kan gi beskrivelse av hvor intens denne smerten er. Dette viser bare hvor viktig det er å innhente data ved å spørre pasienten for å kunne gi en god smertelindring.

Kanskje sykepleier bør revurdere om hun vil bruke beskrivelsen ”sterke menstruasjonssmerter” da det kan variere så mye fra kvinne til kvinne og i tillegg kanskje være feilinformasjon. At kvinnen opplever mer smerte og blødninger enn det hun forventer kan gjøre henne utrygg, redd og følelsen av at hun mister kontrollen over situasjonen. Det kan være med på å svekke tillitsforholdet som sykepleieren har bygget opp og ikke minst tryggheten til pasienten. For at sykepleier skal unngå det må hun gi kvinnen god informasjon om smerter og ubehag hun kan forvente seg. Istedenfor å si ”sterke menstruasjonssmerter” kan hun heller si ”kvinner opplever varierende grad av smerter, men noen kan oppleve sterke smerter og vi kan ikke forutsi hvem det blir”. Det mener jeg blir en bredere og fyldigere informasjon. En oppfølgings informasjonen kan være at vi streber etter at de skal ha det så behagelig som mulig og at vi vil gi de en god smertelindring. Sykepleier bør også informere kvinnen at hun kan oppleve ubehag som kvalme og diare som følge av vagiatortablettene.

Nå er det ikke alle kvinnene som opplever slike sterke smerter, noen opplever til og med at de ikke kjenner særlig smerte. Men jeg mener det er viktig å bruke informasjonen aktivt for å forebygge, for vi vet aldri hvilken kvinne blir den som får de sterke smertene. Det er sykepleieren sitt ansvar at kvinnen skal være smerte lindret og ikke minst at hun blir trodd på, i hvert fall med tanke på det følelsesmessige kaoset kvinnen allerede befinner seg i.

Sykepleieren administrerer forordnet smertestillende og kvalmestillende medikamenter. Hun må også holde oppsyn med kvinnen under hele abortprosessen for å forsikre seg om at hun er tilstrekkelig smerte lindret. Hun bør ha en kontinuerlig oppfølging av kvinnen slik at hun føler seg ivaretatt og trygg. Her kan hun bruke kommunikasjonsredskapet sitt for å høre hvordan kvinnen har det, om hun har smerter, ubehag, trenger hjelp til å gå på toalettet eller trenger nytt bind. Hun kan også

bruke de non verbale tegnene for eksempel ansiktsuttrykk, ansiktsfarge og om pulsen er høyere.

Ved at kvinnen får en fyldig informasjon mener jeg kan gi kvinnen en trygghetsfølelse da hun får forutsigbarhet og lettere kan mestre situasjonen hvis det skulle oppstå sterke smerter og kraftig blødning. Det er også viktig at hun blir kontinuerlig fulgt opp under abortprosessen for å ikke føle seg ignorert og alene.

### **5.2.2 Reproduktive konsekvenser**

I de tre studiene, Aléx og Hammerström (2004), Halldén et al. (2009) og Goss (2004) forklarte kvinnene at de var redde for at de skulle bli sterile eller ikke få sjansen til å bli gravid igjen etter å tatt abort. Dette viser en reell frykt hos kvinnene som sykepleieren må ta på alvor. Med de komplekse følelsene som allerede er der så kan redselen for at de ikke skal oppleve å bli gravide igjen være en ekstra påkjenning. Medisinsk abort er som beskrevet før en skånsommere metode fysisk for kvinnen da det ikke blir ført noe instrumenter inn i kroppen som kan skade livmoren slik det er med kirurgisk metode. Sykepleieren bør informere henne om at det ikke er noen kjente forbindelser mellom reproduktive vanskeligheter og medisinsk abort. Det eneste som kan gi problemer er en infeksjon. Hun må informere om tiltak for å unngå infeksjon som det å unngå tampong bruk og svømming i de to første ukene etter aborten. Jeg mener sykepleieren må aktivt lytte til kvinnen og vise at hun tar hennes bekymringer på alvor. Det er viktige sykepleieregenskaper for at det skal oppstå tillit mellom sykepleier og kvinnen og dermed gi kvinnen trygghet.

### **5.2.3 Oppfølging**

Hvis kvinnen ønsker å snakke med noen profesjonelle kan sykepleier opplyse hun om Amatheia klinikken. De tilbyr gratis veiledning til kvinner og par som er blitt ufrivillig gravide både før og etter avgjørelsen om abort er tatt. Det er den eneste oppfølgingen som blir tilbudt kvinnene her i Norge. I artikkelen til Aléx og Hammerström (2004) kom det frem at alle kvinner i Sverige som har tatt abort blir tilbudt å komme til jordmor 1 måned etter inngrepet. Dette er noe jeg synes burde vurderes her i Norge. Det kan være lettere for kvinnen å bli henvist til en jordmor enn at hun selv må oppsøke en privat klinikk for å kunne snakke ut om aborten. Noen kvinner har behov



for å snakke etter aborten og kanskje et sånt tilbud kan være med på å vise kvinnen at hun ikke trenger å være alene med tankene sine etter aborten. At hun ikke er glemt i systemet. For tiden etter en abort kan være like hard som tiden før aborten.

## **6.0 Avslutning**

Når kvinnen kommer på sykehuset for å ta en abort er hun preget av ambivalente og komplekse følelser. Det første møtet mellom sykepleieren og kvinnen er avgjørende for at relasjonen de i mellom skal være bygget opp av tillit. Trygghet er igjen basert på tillit. For at første møtet skal være vellykket har jeg utfra min forskning funnet ut at sykepleieren må jobbe med sine egne holdninger. Hun må akseptere de og klare å legge de til side for å kunne møte kvinnen med respekt og vennlighet. Et annet viktig sykepleietiltak er å informere kvinnen om både smerter og reproduktive konsekvenser. En fyldig informasjon gitt på en vennlig og respektfull måte bidrar til at kvinnen føler seg tryggere på hva hun skal igjennom. Hun må videre ha en kontinuerlig oppfølging under abortprosessen for at kvinnen skal føle seg sett, ivaretatt og trygg.

Etter å studert dette temaet har jeg lagt merke til mangelen av forskning på trygghet til kvinner som tar abort sett i sykepleie sammenheng. Jeg har ikke funnet en eneste artikkel som omhandler spesifikt det temaet. Men jeg fant artikler som jeg mente kunne være relevante for å besvare min problemstilling. Jeg måtte gå bakveien, finne ut hva de abortsøkende kvinnene tenkte og følte slik at jeg kunne utfra det drøfte hva sykepleiere kan gjøre for å gi de trygghet på sykehuset. Med tanke på at det er ca. 15 000 kvinner som tar abort hvert år her i Norge bør det absolutt blitt forsket mer på hva sykepleier kan gjøre for å gi kvinner trygghet under en så vanskelig prosess.

## **7.0 Referanser**

Aanesen, E. (1981). *Ikke send meg til "kone"*, doktor. Oslo: Forlaget Oktober.

Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd av 13.juni 1975 nr.50*. Hentet 9.januar 2011 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19750613-050.html#4>

Aléx, L. & Hammarström, A. (2004). *Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 18; 160-168. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=17&hid=119&sid=89c2965e-d839-4f81-a71b-396e6a2a8f99%40sessionmgr115&bdata=JnNpdGU9ZWVvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2004120884>

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet. (2010). *Abort – fakta og statistikk*. Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,4579:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=6041:70825:15,4579:1:6043:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4579:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70825:15,4579:1:6043:1:::0:0)

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier- Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.

Gjerpe, O. (2010). *Hvorfor gråter du, Camilla?* Kvinner etter abort. Oslo: Lunde Forlag.

Goss, G.L. (2004). *The Perception of Pain and Knowledge-Seeking in Woman Choosing Medical Abortion*. Clinical Excellence for Nurse Practitioners, Volume 8, Number 4. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=5&hid=108&sid=6d7940d8-0160-4bed-b287-b8809570b82d%40sessionmgr113&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#d b=c8h&AN=2005074288>

Gudim, H.B. & Juvkam, K.H. (2008). *Gynekologi: Kort og Godt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Halldén, B-M., Christensson, K. & Olsson, P. (2009). *Early abortion as narrated by young Swedish woman*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 23; 243-250. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=5&hid=108&sid=6d7940d8-0160-4bed-b287-b8809570b82d%40sessionmgr113&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#d b=c8h&AN=2010276767>

Henriksen, J-O. & Aarflot, H.M. (2002). Å møte en annen. I: Bjørk, I.T., Helseth, S. & Nortvedt, F. (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jettestad, M. (2010). Abort. I: Holan, S. & Hagtvedt, M.L. (red.). *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barselstid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lipp, A. (2008). *A woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study*. Contemporary Nurse 31: 9-19. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=7&hid=108&sid=6d7940d8-0160-4bed-b287-b8809570b82d%40sessionmgr113&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#d=b=c8h&AN=2010185693>

Slettebø, Å. (2008). Ethiske dilemmaer. I: Brinchmann, B.S. (red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Statistisk Sentralbyrå. (2011). *Utførte svangerskapsavbrudd, etter alder*. Hentet fra <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-131.html>

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

### ***Vedlegg 1 Søketablell***

CHINAL 04.01.11		
<b>Søkenummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Antall treff</b>
S1	Abortion	4203
S2	Induced Abortion	2663
S3	Medical Abortion	706
S4	Support	100414
S5	Nurse	76009
S1 AND S5	Abortion AND Nurse	157
S6	Nursing Care	85335
S1 AND S6	Abortion AND Nursing Care	74
S1 AND S4 AND S6	Abortion AND Support AND Nursing Care	25
S2 OR S3	Induced Abortion OR Medical Abortion	2881
S7	Safety	65521
S1 AND S7	Abortion AND Safety	142
S8	Safe	21470
S1 AND S7 OR S8	Abortion AND Safety OR Safe	21579
S9	Secure	2121
S1 AND S9	Abortion AND Secure	2
S10	Well Being	19076
S1 AND S10	Abortion AND Well Being	71

## Vedlegg 2 Resultattabell

<b>Artikler</b>	<b>Early abortion as narrated by young Swedish woman av Halldén, B-M., Christensson, K. &amp; Olsson, P.</b>	<b>A woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study av Lipp, A.</b>	<b>Women´s experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective av Aléx, L &amp; Hammarström, A.</b>	<b>The Perception of Pain and Knowledge – Seeking in Woman Choosing Medical Abortion av Goss, G.L.</b>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke kvinnens opplevelse og tanker rundt den provoserte aborten	Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan sykepleiere oppfatter sin rolle hos kvinner som tar abort og hvordan sykepleiere takler den økte involvering hos kvinner som tar medisinsk abort.	Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners opplevelse av provosert abort sett utfra et feministisk perspektiv.	Hensikten med denne studien var å undersøke kunnskapen og oppfattelse av smerte hos kvinner i abort tjenesten.
<b>Metode og datasamling</b>	Dette er en kvalitativ forskning hvor de brukte fortellende intervjumetode med oppfølgende spørsmål. Hovedspørsmålet var ”Kan du fortelle meg om din opplevelse av aborten?”. Oppfølgingsspørsmål var ”Kan du fortelle meg mer om det?”, ”Hva tenkte du?” og ”Hva følte du?”. Intervjuene ble tatt opp på bånd og ordrett skrevet ned. For å tolke teksten brukte de en fenomenologisk hermeneutisk metode. Den er godkjent av forskningsetisk komité.	En individual open – ended intervju ble brukt for å samle inn data. Hvert intervju varte 45 min til 1 time. Sykepleierne ble spurt om hvordan de oppfattet rollen sin hos kvinnene og om deres økte involvering i kvinnens situasjon som følge av medisinsk abort. Dataen ble analysert ved konstant sammenligning. Forfatteren fikk hjelp av en mentor for å diskutere data analyseringen, dette for å styrke studien. Den er godkjent av en forskningsetisk komité.	Dette er en kvalitativ studie hvor intervjuene bestod av at kvinnen fortalte om opplevelsene sine, en narrative metode, så hadde intervjueren noen oppfølgende spørsmål som ”hvordan opplevde du graviditeten?”, ”Hvordan kom du frem til valget om å ta abort?”, ”Hvordan opplevde du helsepersonellets holdinger på sykehuset?”. Dataen ble tatt opp på bånd og ordrett skrevet ned. Studien er	Dette er en mixed – method studie hvor spørreskjemaer ble brukt ved innkomst og utskrivning, men det ble også brukt open – ended intervju metode hvor data ble loggført etter hvert intervju. Intervjueren spurte om hva var bakgrunnen for hvilken abortmetode kvinnene valgte å ta, frykt i forhold til selve prosedyren, og kvinnenes opplevelse av aborten etter at den var gjennomført.

			godkjent av forskningsetisk komité. Deltakerne ble også garantert anonymitet og taushetsplikt.	
<b>Utvalg</b>	10 unge jenter mellom 18-20 år. 6 av de hadde tatt medisinsk abort og 4 hadde tatt kirurgisk abort.	12 deltakere ble med i denne studien og de hadde alt mellom 10 til over 30 års erfaring. Det var 5 sykepleiere/jordmødre spesialister, 1 praktiserende jordmor, 2 familieplanleggings sykepleiere, 3 avdelingssykepleiere og 1 avdelingsleder.	Fem kvinner mellom 19 og 33 år ble rekruttert av jordmødre fra helsevesenet. De ble rekruttert 1 måned etter aborten.	650 kvinner med ulik kulturell bakgrunn, mellom 15 – 45 år som tok medisinsk abort.
<b>Resultat</b>	Fire hovedtemaer kom frem utfra intervjuene; Selv om kvinnene hadde bestemt seg for å ta abort følte de likevel at de måtte beskytte og ta vare på fosteret, at ved å gjennomføre en abort tok de livet av et barn som var deres, støtte ifra menneskene rundt de betød mye for kvinnen og de hadde også tanker om hvordan dette barnet hadde blitt hvis de hadde fullført svangerskapet.	Hovedfunnet i intervjuene ble samlet under fire temaer; deltagerene synes det var viktig å hjelpe/assistere kvinnen i valget og ikke bare anta at det var abort hun ønsket, deltagerne måtte anerkjenne at kvinnen tok det valget etter hvordan livet hennes var akkurat nå. Deltakerne hadde delte meninger om medisinsk abort, noen mente det var en prosess som kunne være godt for kvinnen for hun kunne føle at hun hadde kontrollen og det kunne føre til at hun ikke ville gå igjennom prosessen en gang til, mens andre foretrakk at	Tre hovedtemaer ble tatt opp i denne studien; opplevelser før, under og etter aborten. Kvinnene opplevde ambivalente følelser, variert støtte fra partner, familie og helsepersonellet. Dårlig støtte av helsepersonellet forsterket følelsen av skam, tristhet og usikkerhet. De opplevde også overraskende store smerter.	Hovedfunnene var at kvinner som hadde samlet inn kunnskap rundt aborten over internett hadde bedre oppfattelse av hvor sterke smertene kunne være enn de som hadde personlige samhandling. Det kom også frem at 55,6% av kvinnene hadde smerter over 5 på smerteskalaen, kvinnene som opplevde sterke smerter ønsket ikke å bruke denne metoden igjen. Et annet funn var også at flesteparten av kvinnen ikke brukte noe form for prevensjon når de ble gravide. Hovedfunnene i den



		<p>kvinnen tok kirurgisk abort for det var bare et "lite" inngrep og ikke så følelsesladet. Siste temaet var at sykepleien gikk ut på å fostre en kvinne sentret pleie. De oppfattet kvinnene som egne individer.</p>	<p>kvalitative studien var at ved innkomst tenkte kvinnen mest på hvordan type smerter det ville bli, ved utskrivning kom det frem at kvinnene ikke følte seg forberedt på smertene og at de var redd for at de ikke lenger var fertile og ikke kom til å bli gravide igjen. Dette var et interessant funn da dette er noe som kom frem etter aborten og ikke før.</p>
--	--	---	--