

SPL 3901

Avsluttende eksamen i sykepleie

Bacheloroppgave

05HBSPLH

Gruppe nr. 12

## Medisinsk abort

*Hvordan kan sykepleieren møte pasienter i forbindelse med medisinsk abort slik at pasienten opplever trygghet i situasjonen?*



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, november 2008

8930 ord

# **Abort**

*Et liv uten mening har startet*

*I meg*

*Hva ville Gud med deg?*

*Du er dessverre blitt sendt feil*

*Til feil tid*

*Til feil sted*

*Jeg vil sende deg tilbake*

*Jeg vet at du vil få det mye bedre der*

*Hvor alt er vakkert og stille*

*Enn hos meg*

*Men uansett skal du vite*

*Jeg elsker deg lille venn*

*I en annen tid*

*På et annet sted*

*Vil vi kanskje møtes igjen*

*Ukjent*

---

# Innhold

<b>1. Innledning</b> .....	1
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	1
1.2 Begrunnelse for valgt problemstilling.....	1
1.3 Oppgavens hensikt.....	1
1.4 Avgrensning av oppgaven.....	2
1.5 Avklaring av begreper.....	2
1.6 Oppgavens oppbygging.....	3
<b>2. Metode</b> .....	5
2.1 Valg av metode.....	5
2.2 Hospitering som metode.....	6
2.3 Kildekritikk.....	7
<b>3. Teori</b> .....	8
3.1 Valg av sykepleieteoretiker.....	8
3.2 Joyce Travelbee syn på sykepleie.....	8
3.3 Menneske- til- menneskeforhold.....	9
3.4 Travelbees syn på kommunikasjon.....	11
<b>4. Historisk perspektiv på abort</b> .....	12
4.1 Abort fremkallende midler i gamle dager.....	13
<b>5. Abortloven</b> .....	14
5.1 Medisinsk abort.....	14
<b>6. Faktorer som innvirker på sykepleierens møte med abort pasienter</b> .....	18
6.1 Sykepleierens kunnskap om betydningen av god informasjon.....	18
6.2 Kommunikasjon i sykepleien.....	18
6.3 Etikk og yrkesetikk.....	19
6.4 Etisk dilemma.....	20
6.5 Reservasjon.....	20
<b>7. Den abortsøkende kvinne</b> .....	22
7.1 Trygghet.....	22
<b>8. Drøfting</b> .....	24
8.1 Hvilke faktorer kan fremme og hindre trygghet.....	24
8.2 Etikk og etisk dilemma i forhold til abort.....	28
<b>9. Konklusjon</b> .....	31
<b>10. Etterord</b> .....	32
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>33</b>

---

# 1. Innledning

I denne oppgaven har vi valgt å fordype oss i emnet medisinsk abort, et tema vi mener er tabubelagt. Vi ønsker å rette søkelyset mot dette tema som er lite omtalt i pensumlitteraturen. Vi ønsker å fordype oss i abortpasientenes trygghetsbehov. Vi har valgt å fokusere på hva sykepleieren kan gjøre for at pasienten skal føle trygghet i møte med sykepleieren.

## 1.1 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleieren møte pasienter i forbindelse med medisinsk abort slik at pasienten opplever trygghet i situasjonen?

## 1.2 Begrunnelse for valgt problemstilling

Grunnen til at vi har valgt denne problemstillingen er at vi synes dette er et utfordrende tema som vi ønsker å fordype oss i og få mer kunnskap om. En av oss har hatt praksis på gynekologisk avdeling og vi har også hatt observasjonspraksis på gynekologisk poliklinikk. Her har vi vært med på forundersøkelsen og utførelsen av medisinsk abort. Pasienter som utfører medisinsk abort føler seg ofte utrygge og har liten innsikt i hva abort egentlig dreier seg om. Vi har valgt å skrive om denne pasientgruppen fordi dette er en sårbar gruppe som vi har hatt lite undervisning om på skolen. Derfor ønsker vi å finne ut mer om hva vi som fremtidige sykepleiere kan gjøre for at denne pasientgruppen skal føle trygghet i møte med sykepleieren.

## 1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å få økt forståelse og kunnskap med hensyn til hvordan sykepleieren på en best mulig måte kan møte disse kvinnene som har bestemt seg for å ta abort. Vi har valgt å skrive om medisinsk abort fordi dette er en relativ ny abortmetode som vi ønsker å lære mer om. En annen hensikt med oppgaven er å gi ny

kunnskap til sykepleiere som er i kontakt med denne pasientgruppen. Sykepleierne kan ta kunnskapen med seg videre i møte med abortsøkende kvinner.

## 1.4 Avgrensning av oppgaven

Det finnes ulike aborttyper. Vi har valgt å avgrense oppgaven til medisinsk abort før uke 12. Oppgaven omhandler kvinner som har bestemt seg for å få utført medisinsk abort. Vi vil dermed ikke utdype begrepene senabort, kirurgisk abort, spontanabort hjemmeabort og eventuelle psykiske ettervirkninger, på grunn av oppgavens begrensninger og tid til disposisjon. Vi vil fokusere på møte mellom sykepleieren og pasienten på gynekologisk poliklinikk. Oppgaven vil dermed dreie seg om hva sykepleieren kan gjøre for at abortprosessen skal oppleves så trygg som mulig for pasienten.

## 1.5 Avklaring av begreper

Her avklarer vi noen sentrale begreper som fins i problemstillingen, og ord som vi kommer til å bruke om hverandre.

**Sykepleier:** I følge Travelbee er en sykepleier et menneske med spesialiserte kunnskaper og er i stand til å bruke dem til å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, finne mening i sykdom, gjenopprette en best mulig helse tilstand og gjenvinne helse. (Travelbee 1999, s. 72).

**Møte:** Det innledende møte er i følge Travelbee en av de fasene som er med på å etablere et menneske-til-menneske forhold. Dette møtet mellom to personer preges av at de ikke kjenner hverandre, og de har generaliserte «stereotype» oppfatninger av hverandre. (Travelbee 1999, s.186-187).

**Abort:** Abortus, svangerskapsavbrudd før fosteret er levedyktige utenfor livmoren. (Medisinsk ordbok 2007).

**Pasient:** Travelbee mener at ordet pasient er nyttig bare fordi det fungerer praktisk i kommunikasjonssammenheng, men egentlig fins det ingen pasienter. Det fins bare enkelt mennesker som trenger omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker som kan gi dem den hjelpen de trenger. (Travelbee 1999, s. 62).

**Trygghet:** I forhold til vår oppgave mener vi at pasienten skal oppleve trygghet i møte med sykepleieren. Vi velger å bygge vår oppgave på relasjonstrygghet. (Kristoffersen 2000 bind 2, s.84-85)

I oppgaven kommer vi til å bruke abort, svangerskapsavbrudd, medikamentell abort og medisinsk abort om hverandre. For å få variasjon i oppgaven kommer vi også til å bruke den abortsøkende kvinne, kvinner og pasienter om hverandre.

## 1.6 Oppgavens oppbygging

I dette kapitlet vil vi forklare hvordan oppgaven er bygget opp. Vi har valgt å starte med innledning der vi presenterer det tema og problemstilling som vi har valgt å skrive om, slik at leseren har det klart helt fra starten.

Etter innledningen har vi valgt metodekapitlet, der kommer vi til å beskrive hvilken metode vi har brukt i oppgaven. Deretter kommer kildekritikk der vi er kritiske overfor det stoffet vi har funnet.

I teorikapitlet har vi først valgt å skrive om Travelbee som sykepleieteoretiker, og hvorfor vi har valgt henne. Deretter har vi valgt å skrive om historisk perspektiv på abort slik at leseren får et innblikk i hvordan abortsaken har forandret seg gjennom tidene. Etter historikken har vi valgt å skrive om dagens abortlov og hvordan abort utføres i dag.

Vi har deretter valgt å skrive om hvilke faktorer som innvirker på sykepleierens møte med abortpasienter, og hva hun gjennom sin kunnskap kan gjøre for å skape trygghet. Vi har valgt å ta med etikk og etisk dilemma, da vi mener etikk er viktig for å kunne

utføre god sykepleie. Til slutt velger vi å skrive om den abortsøkende kvinne, der vi fokuserer på pasienten.

I drøftingsdelen tar vi for oss hva sykepleieren kan gjøre for å skape trygghet og hvilke faktorer som kan hindre trygghet. I konklusjonen kommer vi til å prøve å finne svar på problemstillingen vår.

## 2. Metode

I dette kapitlet skal vi forklare hva en metode er. En metode defineres som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare.

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Dalland 2004, s. 71).*

Det finnes ulike metoder, men vi har valgt litteraturstudie. Man skiller mellom kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder. De kvalitative metodene brukes mest for å fange opp mening og opplevelser som en ikke kan måle eller tallfeste. De kvantitative metodene brukes til å forme informasjon til målbare enheter som å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. (Dalland 2004, s. 72).

### 2.1 Valg av metode

Ut fra problemstillingen har vi valgt litteraturstudie for å få svar på problemstillingen vår. Vi kunne også ha valgt empirisk metode, men på grunn av lite tid til disposisjon valgte vi derfor litteraturstudie. En empirisk metode er tidkrevende med spørreundersøkelser og spørreskjemaer, som må bli godkjent av medisinsk etisk komité, noe som tar lang tid. En annen grunn til at vi valgte litteraturstudie var at det finnes etiske begrensninger som gjør at vi ikke kan intervju pasienter, selv om vi skulle ønske det for å få mer innsikt i pasient situasjonen. Å intervju pasienter i behandlingsfasen kan være en ekstra belastning for pasientene. Siden vi er bachelorstudenter har vi heller ikke nok kunnskap om forskningsprosessen. Vi har brukt både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Skjønnlitteratur ble også brukt for å få mer innsikt i pasientsituasjonen i forhold til vår problemstilling. Vi har brukt databasen BIBSYS for å finne relevant stoff om temaet. Søkeordene som ble brukt i databasene er: *abort, medisinsk abort, medikamentell abort, provosert abort, sykepleie ved medisinsk abort og trygghet.*



Det var mye stoff om temaet, men det var ikke alt som var like relevant for oppgaven. Vi fant mye om temaet abort, men lite om sykepleie til abort pasienter. Vi fikk 91 treff på ordet abort, og 2 treff på sykepleier og abort på Bibsys. Den norske databasen som ble brukt var Norart, fordi det var mest hensiktsmessig i forhold til oppgaven. På Norart fikk vi 314 treff på ordet abort og 2 treff på medikamentell abort. Når vi søkte på sykepleier og abort fikk vi ingen treff. Vi valgte kun å søke på norsk vitenskapelige artikler og utelukket utenlandske fordi andre land har forskjellige lover og retningslinjer enn Norge når det gjelder abort. Vi søkte også direkte i tidskriften for den norske legeforeningen, fordi vi visste det var skrevet om temaet der. Vi fant mange artikler om temaet, men valgte og ikke bruke dem da de ikke var sykepleie relatert. Vi ble overrasket over hvor lite sykepleie faglig stoff det var om dette temaet. Det vi fant var lite sykepleiefaglig relatert og lite relevant i forhold til vår problemstilling.

## 2.2 Hospitering som metode

Hensikten med hospiteringen var å få mer innsikt og kunnskap om medisinsk abort og hvordan sykepleieren møter abortsøkende pasienter. Vi ville selv oppleve hvordan det er å møte disse kvinnene og ikke bare lese om det i teorien.

Vi observerte hvordan sykepleieren var i møte med pasientene som er i en sårbar situasjon og vi hadde uformelle samtaler med sykepleiere på gynekologisk avdeling, poliklinikk og Amatheia.

På poliklinikken fikk vi møte pasienter som skulle ta abort og oppleve hvordan møte mellom sykepleieren og pasienten var. Dette har hjulpet oss til å koble teorien sammen med det vi opplevde i virkeligheten. Det var stor forskjell på kvinnene vi møtte. Noen var ganske usikre på om de ville ta abort eller ikke, mens andre hadde bestemt seg for å ta abort. Vi opplevde møtet mellom sykepleieren og pasienten som positivt.

Pasienten fikk informasjon om abortprosessen og alt som skulle skje av sykepleieren, dette møte er viktig for å skape trygghet og tillit. Dermed kan pasienten våge å stille spørsmål om det hun er usikker på. Vi har hospitert en dag hos Amatheia, som er en rådgivingsinstans for gravide kvinner. De er de eneste i landet med valgsamtale som hovedoppgave. Gravide kvinner kan kontakte Amatheia å få snakke med personer som kan hjelpe dem i det vanskelige valget, men også etter aborten eller fødselen.

## 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet (Dalland 2000). Litteraturen vi fant var både ny og gammel. På biblioteket var det en del gammel litteratur om abort. Mange av bøkene var skrevet på 80-tallet og var urelevante å bruke i oppgaven, men i forhold til abort historien er stoffet like troverdig i dag som den var, fordi historien er den samme.

Vi søkte spesielt etter primærlitteratur, fordi det er ingen som har gjengitt dette før. Ulempen med sekundærlitteratur er at den har gått gjennom flere ledd, og kan inneholde feiltolkninger eller unøyaktigheter. (Dalland 2000, s. 261). Vi har brukt Joyce Travelbees bok som er oversatt til norsk fordi dette er primærlitteratur som er mer pålitelig enn sekundærlitteratur som har blitt skrevet av andre. Travelbee sin bok *Interpersonal Aspects of Nursing* kom for første gang i 1966 og hennes andre og siste utgave kom i 1971. Boka er bra oversatt, noe som er en styrke for oss for å hindre feiltolkning. Vi hevder at Travelbee sin bok er like aktuell i dag selv om den er gammel, fordi det er grunnleggende sykepleieteori.

Vi har ikke funnet så mye sykepleie relatert stoff i databasene med de søkeordene vi brukte. Det har ikke vært forsket så mye rundt dette temaet i Norge. Vi ble overrasket over hvor få funn vi fikk, og hvorfor sykepleierne ikke er mer interessert i dette temaet.

## 3. Teori

### 3.1 Valg av sykepleieteoretiker

Som teoretiker har vi valgt Joyce Travelbee fordi hun fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon. Derfor mener vi at Travelbee passer fint i forhold til vår problemstilling.

### 3.2 Joyce Travelbee syn på sykepleie

Travelbee definerer sykepleie som:

*”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”. (Travelbee 1999, s. 29).*

#### **Joyce Travelbees syn på mennesker**

Travelbee ser på hvert enkelt menneske som unik, som en engangsførelse i verden. Det enkelte mennesket er enestående og uerstattelig, forskjellig fra alle andre mennesker som har levd, og som noensinne kommer til å leve. (Travelbee 1999, s. 54). For å føle lidelse ved tap må en bry seg om det en mister, eller står i fare for å miste. Travelbee hevder at det som regel ikke ligger noe lidelse i å miste det en ikke bryr seg om. Derimot er det mulig å lide intenst under det at en ikke har noen å ha omsorg for og bry seg om, eller ingen som bryr seg om en. (Travelbee 1999, s.101- 102).

I forhold til den pasientgruppen vi skriver om kan tapsfølelsen variere fra pasient til pasient. Selv om abort er selvbestemt av kvinnene, kan mange føle lidelse ved tapet av fosteret de valgte å ikke bære fram. Travelbee hevder at sykepleiens mål er å hjelpe mennesket til å mestre og finne mening under lidelse og sykdom. For å nå målet må sykepleieren etablere en tilknytning til pasienten slik at pasienten skal føle seg forstått og vite at hun ikke er alene. Det har hjulpet mange fortvilte kvinner at de vet det fins ett varmt forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske de kan snakke med.

Sykepleieren kan hjelpe dem til å mestre lidelsen og finne mening i for eksempel det valget de har tatt om abort. (Travelbee 1999, s. 35-37).

Håp er et sentralt begrep i Travelbees teori, som gjør mennesket i stand til å mestre vanskelige og vonde situasjoner som for eksempel tap. Sykepleierens rolle er å hjelpe pasienter til å oppleve håp gjennom sykdom og lidelse. Sykepleieren kan opprettholde håp og unngå håpløshet ved å være tilgjengelig, ville hjelpe og lytte når den syke snakker om sin angst og frykt. Når pasienten opplever håpløshet er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å gjenvinne håpet. (Travelbee 1999, s.117-123).

### 3.3 Menneske- til- menneskeforhold

Travelbee definerer menneske-til-menneske forhold slik:

*”Et menneske- til- menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de (n) hun har omsorg for. Hovedkarakteristegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt”.*(Travelbee 1999, s. 177).

Travelbee bruker ikke betegnelsen «sykepleier-pasient-forhold» fordi de må se på hverandre som unike personer og ikke som «pasient» og «sykepleier» da de ikke kan nå helt fram til hverandre. Det som kjennetegner et menneske-til-menneske forhold er at både sykepleieren og pasienten opplever og forholder seg til hverandre som unike individer, ikke som stereotypene sykepleier og pasient. (Travelbee 1999, s. 171).

Sykepleieren må ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienten. Når sykepleieren bevisst bruker sin egen personlighet og egne kunnskaper for å fremkalle forandringer hos pasienten bruker hun seg selv terapeutisk. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer at sykepleieren har god innsikt i det å være menneske, og at hun bruker sin selvinnikt, fornuft, intelligens og medfølelse. I følge Travelbee kan terapeutisk bruk av seg selv kanskje oppsummeres som «forpliktelse og bekreftelse». (Travelbee 1999, s. 44-46).

Et menneske-til-menneske forhold vil i følge Travelbee skje ved at sykepleieren og pasienten arbeider seg gjennom fire faser. Den femte fase markerer opprettelsen av et menneske-til-menneske forhold. Disse fasene er:

- det innledende møtet
- framvekst av identiteter
- empati
- sympati
- etablering av gjensidig forståelse og kontakt

**1) Det innledende møtet:** preges av at sykepleieren og pasienten observerer hverandre. Det første møte kalles for førsteinntrykket.

**2) Fremvekst av identiteter:** skjer ved at sykepleieren og den syke begynner å verdsette den andre som et unikt individ. Etter hvert som de blir bedre kjent med hverandre forsvinner «stereotype» oppfatningen og de etablerer et bånd.

**3) Empatifasen:** med empati mener Travelbee evnen til å leve seg inn i og ta del i og forstå den andres psykologiske tilstand i øyeblikket.

**4) Sympati og medfølelse:** denne fasen er et skritt videre fra empatiprosessen. Sympati og medfølelse er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Gjennom sympati og medfølelse blir den enkelte i stand til å forstå den andres plager, å bevege eller gripes av vedkommendes ulykke og ønske å lindre eller avhjelpe situasjonen. En ” tar del” i den andres følelser og opplever medlidenhet.

**5) Gjensidig forståelse og kontakt:** gjennom fasene ovenfor har sykepleier og pasient bygget opp et menneske-til-menneske forhold, som er en nær gjensidig forståelse og kontakt mellom personene. Etableringen av et slikt menneske-til-menneske forhold er det overordnede målet for all sykepleie. (Travelbee 1999, s.186- 211).

### 3.4 Travelbees syn på kommunikasjon

Travelbee mener at kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å opprette et menneske-til-menneske forhold, og gjennom dette oppnå målet for sykepleie. Kommunikasjon er en gjensidig prosess, der et menneske overfører sine tanker og følelser til et annet menneske. (Travelbee 1999, s.135-137).

## 4. Historisk perspektiv på abort

Til alle tider har mennesker på ulike måter prøvd å få kontroll over sin reproduksjon, vi ønsket derfor å finne ut hvordan abort saken har utviklet seg gjennom årene fra dødsstraff til lov om selvbestemt abort. Historien forteller om en mørk, blodig og smertefull tid med hundre tusenvis illegale aborter. Død, betennelser og kvinneundertrykking står sentralt i aborthistorien.

I 1683 var det dødsstraff for abort. Loven sa at «*Letfærdige Quindfolk, som deris Foster ombringe, skulle miste deris Hals, og deris Hovid settis paa en Stage*» (Aanesen 1981, s. 8).

Det var stor nød og kvinnene kunne ikke ta seg av barna de fødte. Kvinnene drepte barna eller satte dem på kirketrappa eller i skogen for å dø. Etter hvert ble ikke loven så streng og kvinnene fikk fengselsstraff istedenfor dødsstraff. I 1902 stod det i § 245 at det «bare» var tre års fengsel for en kvinne som hadde utført rettsstridig abort. (Aanesen 1981, s. 8).

I § 245 står det: «*Kvinde, der ved fordrivende Midler, eller paa enden Maade retsridig dræber det Foster, hvormed hun er svanger, eller medvirker hertil, straffes for Foster fordrivelse med fængsel indtil 3 Aar. Gjør nogen anden end Moderen sig skyldig i Fosterfordrivelse eller medvirkning hertil, straffes han med Fængsel i mindst 2 Aar, men 6 Aar indtil på Livstid, saafremt hun som følge av forbrydelsen omkommer*». (Aanesen 1981, s. 22).

Enhver abort var så å si rettsstridig, altså illegal. Straffen for kvinner som tok abort ble ikke endelig borte før i 1975. Kvinner har allikevel utført illegale aborter til alle tider, det eneste en streng abortlov gjør er å hindre abortsøkende kvinner i å få forsvarlig behandling ved sykehus. Kvinnene må dermed utføre illegale aborter.

Abortmotstandere hevdet at ved en mildere abortlov ville aborttallene øke faretruende, men slik ble det ikke.

På slutten av 1960 og begynnelsen på 1970 tallet begynte kvinner å ta abort på sykehusene. Abortmotstandere mente at nå kom det til å gli ut og at det skulle komme en "abortflom", men dette skjedde ikke. Det var de kvinnene som tidligere hadde utført illegale aborter, som kom til sykehuset for å utføre abort der.

Dermed steg de synlige aborttallene fordi de kom med i statistikken. Etter at lov om selvbestemt abort kom, har de illegale abortene blitt borte. Etter hvert har aborttallene gått nedover, som en følge av prevensjons opplysning. Selv om abortmotstanderne mente at kvinnens selvbestemmelse kom til å gi flere aborter, viste det seg at dette ikke stemte. Allikevel fortsatte abortmotstandere å ville ta fra kvinnene retten til selvbestemt abort, men en ny streng lov vil igjen gi ett nytt illegalt abortmarked. Dette vil igjen føre til at tusenvis av kvinner dør unødvendig. (Aanesen 1981, s. 8-10).

## 4.1 Abort fremkallende midler i gamle dager

Det fantes mange råd og midler som bruktes for å fordrive foster. I «svarteboka» stod det forskjellige metoder som kunne brukes. Årelating bruktes mye og var effektivt. Blodtapet svekket moren, men også fosteret som førte til at fosteret kunne dø. Fosfor er svært giftig og ble brukt for å drepe fosteret, men var også svært giftig for kvinnen som kunne dø.

Det ble også utført inngrep i livmoren. Et rør (kateter) eller en gummistav ble ført inn i livmoren, noe som fremkalte rier slik at fosteret abortertes. Abortfremkallende midler ble også sprøytet inn i livmoren ved hjelp av *Modersprøyter*. Kvinnen kunne få blodpropp og dø ved denne behandlingen.

*Egghinnestikk* ble utført ved at for eksempel hårnåler eller strikkepinner ble ført opp i livmoren slik at egghinnen sprakk. Dermed gikk fostervannet og aborten startet. Det ble ofte stukket hull på livmoren og komplikasjoner som blødninger og infeksjoner var vanlig. Infeksjonen kunne føre til bukhinnebetennelse (peritonitt) som alltid førte til døden. Kvinnen ble som oftest steril ved denne metoden samt smertefulle kroniske betennelser i underlivet var vanlig. I tillegg til å risikere straff, satte kvinnene også livet på spill ved å fordrive foster. (Schrumpf 1984, s. 12-13).



## 5. Abortloven

Det er trolig ingen annen lov som har skapt så stor debatt, og ingen andre lover som har gjennomgått så store endringer på så få år som abortloven. I følge lov om svangerskapsavbrudd har den gravide kvinnen krav på informasjon, veiledning og den bistand samfunnet kan gi henne hvis svangerskapet fører til vansker for henne. Kvinnen har krav på råd før hun selv tar det endelige valget. Kvinnen kan selv bestemme om hun vil ta abort innen 12. svangerskapsuke. I følge loven skal begjæringen om svangerskapsbrudd fremsettes av kvinnen selv om hun er over 16 år. Er hun under denne alderen skal de eller den som har foreldreansvaret for kvinnen, eller vergen få anledning til å uttale seg om ikke spesielle grunner taler mot dette. Vergen skal også få mulighet til å uttale seg hvis kvinnen er psykisk utviklingshemmet. Vergen kan begjære svangerskapsbrudd om kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad. Såfremt det er mulig skal kvinnens samtykke innhentes, hvis hun har evne til å forstå hva inngrepet innebærer. (Abortloven)

### 5.1 Medisinsk abort

Det er forskjellig fra sykehus til sykehus når det gjelder abortmetode, prosedyrer og hvor lenge kvinnene kan få utført medisinsk abort. Derfor vil vi ta utgangspunkt i hvordan det er på det sykehuset vi har hospitert på.

Ved medisinsk abort brukes kjemisk påvirkning av graviditeten, det betyr at en setter i gang abortprosessen ved å påvirke hormonsystemet medikamentelt. Dette er en abortmetode som er blitt vanlig de senere årene der en bruker antiprogesteronmidler slik at fosteret går til grunne og utstøtes. Etter 2 døgn får kvinnen et prostaglandinpreparat, slik at hun aborterer. (Almås 2005, s. 1045).

Der vi hadde hospiteringspraksis har de gått bort fra at pasientene kan velge mellom medisinsk og kirurgisk abort, og det er medisinsk abort som er tilbudet. Kirurgisk abort blir kun brukt i spesielle tilfeller, for eksempel hvis kvinnen skal legge inn spiral

og dette må gjøres i narkose eller hvis ikke kvinnen er sterk nok psykisk til å gå gjennom abortprosessen. Der vi var kunne pasientene ta medisinsk abort frem til 12. svangerskapsuke, mens det er 7- 9 uker på mange andre sykehus. Etter 12. svangerskapsuke er det kun medisinsk abort som utføres for da er fosteret for stort til å bli sugd ut. Medisinsk abort blir nå mest brukt for dette er mest skånsomt for kroppen, har lavere komplikasjonsrisiko og er mindre ressurskrevende enn kirurgisk tømning av livmoren. Ved kirurgisk abort er det også større infeksjonsfare og i noen tilfeller kan underlivsinfeksjoner føre til sterilitet. Det er også blødningsfare og en viss risiko for perforasjon av livmoren eller rift i livmorhalsen. Det er også knyttet en viss risiko i forbindelse med anestesen. (Almås 2005, s. 1044-1045).

Proseduren på sykehuset var at pasientene som skal ta medisinsk abort møter to ganger på poliklinikken. Første dagen kommer de til forundersøkelse, samtale, blodprøver og de som har bestemt seg for abort får *Mifegyne*®. Etter at de har tatt tablett må de vente i to timer på sykehuset, for de må ha en ny tablett hvis de kaster opp. Deretter reiser de hjem i 48 timer og kommer tilbake til sykehuset for å utføre svangerskapsavbruddet. Her får hun fire tabletter *Cytotec*® vaginalt som er et prostaglandinpreparat, som myker opp livmorhalsen og får livmoren til å trekke seg sammen slik at fosteret aborteres. Abortprosessen er ofte smertefull og pasienten trenger ofte sterke analgetika. De første to timene etter hun har fått prostaglandinpreparatet må hun ligge i senga slik at stoffet blir sugd opp og ikke sklir ut.

Etter disse to timene skal hun være oppe å gå for å få utnyttet tyngdekraften, og presset ned mot bekkenbunnen blir større. Prostaglandin virker på all glatt muskulatur slik at den trekker seg sammen, noe som skaper rier. Effekten kommer etter noen timer, men den indirekte virkningen på prostaglandin virker også på mage-tarm-kanalen. Pasientene trenger ofte kvalmestillende fordi de blir kvalm, kaster opp og får avføringstrang på grunn av dette. Etter at de har blødd en del og det har kommet koagler observeres pasientene noen timer på sykehuset før de reiser hjem. De kommer ikke på etterkontroll noe som er vanlig på andre sykehus, men de tar en graviditetstest hjemme etter fire uker for å sjekke at de ikke lenger er gravide. (Almås 2005, s. 1044).

Loven sier at kvinnene har rett på informasjon, prevensjonsveiledning og råd i forbindelse med svangerskap og abort. Offentlige myndigheter og helsepersonell plikter å hjelpe gravide og abortsøkende kvinner. (Holan 2005, s. 201).

Selv om det er det offentliges ansvar å gi informasjon og veiledning til kvinner som vurderer eller begjærer svangerskapsavbrudd, kan også frivillige organisasjoner bidra med dette. Amatheia er først og fremst en slik organisasjon. I følge helsedepartementets handlingsplan viser undersøkelser at kvinner som har vært gjennom et svangerskapsavbrudd ofte trenger et tilbud om oppfølging. Statistikk viser at omtrent en av tre kvinner som tar abort, har tatt en eller flere aborter tidligere. Det kan også tyde på at kvinner som har tatt abort en gang, er mer utsatt for gjentatte aborter. (Helsedepartementet 2004, s. 26-27).

En viktig sykepleieroppgave er at kvinnene som skal ta abort skal føle seg trygge og at hun får all den informasjon hun trenger. Både hva som skal skje før inngrepet med gynekologisk undersøkelse og prøver, selve inngrepet og hva som er normalt etter inngrepet. Vet kvinnen på forhånd at abortprosessen er smertefull og at abort tidspunktet er forskjellig fra kvinne til kvinne, føler pasienten seg tryggere og mer forberedt på det som skal skje. Det er viktig å gi informasjon som er tilpasset den enkelte kvinnes behov. Noen trenger veldig mye informasjon og er redde, mens andre vil snakke minst mulig med sykepleieren og vil bare få det overstått.

Under abortprosessen kan pasientene ha ulike behov for støtte og omsorg fra sykepleieren. Noen kan trenge en sykepleier hos seg nesten hele tiden for at hun skal føle trygghet, mens andre vil ha minst mulig kontakt. Det er viktig som sykepleier å kunne fange opp signaler pasienten gir for å kunne gi best mulig sykepleie til den enkelte.

Det er en fordel om pasientene har med seg noen under aborten som kan støtte og være med henne å gå i trapper og i gangene. Dette er noe sykepleieren ikke har kapasitet til å være med på, og som gjør henne tryggere i situasjonen. Blødning, smerte og kvalme er veldig forskjellig fra kvinne til kvinne, men god smertelindring er veldig viktig for pasienten. Det er sykepleierens oppgave å observere blødning, smerte, kvalme, og gi

smertestillende og kvalmestillende medikamenter etter behov. Har ikke blødningen kommet i gang tre timer etter *cytotec*® ble gitt, gis det *cytotec*® oralt hver tredje time til blødningen kommer skikkelig i gang.

De aller fleste aborterer den dagen de er innlagt, men fortsetter å blø en til to uker etter inngrepet. Holan skriver at det viktigste sykepleieren kan gjøre under abortprosessen er å informere, observere og at den enkelte kvinne får den hjelpen hun trenger. Hun skriver også at i tillegg til informasjon og praktisk hjelp trenger kvinnene ofte emosjonell og psykisk støtte fra sykepleieren. (Holan 2005, s. 202-204).

Vi synes det er veldig viktig å ivareta disse kvinnene som er en sårbar gruppe, et positivt møte med sykepleieren betyr utrolig mye for den som skal ta abort. Det er viktig at den abortsøkende kvinnen skal føle seg respektert og vite at hennes rettigheter blir ivaretatt.

## **6. Faktorer som innvirker på sykepleierens møte med abort pasienter**

Det finnes ulike faktorer som innvirker på sykepleierens møte med pasienter som skal ta abort. Sykepleierens evne til å kommunisere, kunnskaper og holdninger har mye å si for kvaliteten på sykepleien.

### **6.1 Sykepleierens kunnskap om betydningen av god informasjon**

Sykepleieren kan gjennom sin kunnskap skape trygghet ved å gi god informasjon. Gjennom god informasjon kan sykepleieren redusere angst og stress hos pasienten. Pasienter som har fått korrekt og tilstrekkelig informasjon mestrer situasjonen bedre enn de som ikke har fått god nok informasjon. Pasientens tillit til sykepleieren blir redusert ved mangel på informasjon. Ved god informasjon kan pasienten danne seg mentale bilder av hva som skal skje. Bildene kan være en måte å kjenne igjen situasjonen når den oppstår, og vite hva hun skal gjøre. Dette hjelper pasienten til å føle trygghet og oppleve kontroll over situasjonen.

Det er viktig at pasienten får informasjon om prosedyren og hvordan hendelsesforløpet kommer til å være. Sykepleieren må være ærlig og informere pasienten hvordan prosedyren kan oppleves kroppslig og om eventuelle smerter i forbindelse med prosedyren. Det kan hjelpe pasienten at hun er psykisk forberedt på det som skal skje og at hun vet hvor lenge ubehaget vil vare. (Kristoffersen 2000 bind 2, s. 84).

### **6.2 Kommunikasjon i sykepleien**

Travelbee mener at sykepleier og pasient må etablere et menneske-til-menneske forhold, og bruke seg selv terapeutisk i samhandlingen med pasienten for å oppnå kvalitet på sykepleien. Hun legger vekt på betydningen av kommunikasjon og samhandling i sykepleiesituasjoner. Hennes tenkning består i å øke sykepleierens bevissthet ved denne siden av pasientomsorgen. (Kristoffersen 2000 bind 1, s. 322).

Det er viktig at sykepleieren trener på å bli god til å kommunisere. Dette er svært viktig for å kunne skape kontakt mellom sykepleier og pasient, slik at pasienten kan stole på sykepleieren og åpne seg for å kunne få hjelp. Kommunikasjon og andre typer for samhandling er kanskje sykepleierens aller viktigste «verktøy» i slike sammenhenger. Pasienten er nødt til å føle tillit for å åpne seg, trygghet er derfor en nøkkelfaktor.

Har sykepleieren en rutinemessig og fastlåst atferd kan kommunikasjonen og den mellommenneskelige samhandlingen mellom sykepleier og pasient bli svekket. Hvis sykepleieren har en slik væremåte kan det være på grunn av at det hjelper henne til å mestre angsten for å møte for eksempel lidende mennesker.

Dette kan være et slags vern mot urovekkende følelser som sinne, medlidenhet, usikkerhet eller utilstrekkelighet. Dermed kan sykepleieren utføre sine plikter uten å bli forstyrret av slike følelser. Konsekvensene av slike stereotype atferdsmønstre og væremåte påvirker personen en samhandler med.

Dette fører til at pasienten holder sitt egentlige jeg på avstand, og dermed får ikke sykepleieren vite hva pasienten egentlig føler og tenker. Det er viktig med et subjekt-subjekt-forhold mellom sykepleier og pasient. Formidler sykepleieren ekte omsorg og ser pasientens behov og bekymringer er det større sjanse for at pasienten åpner seg og vil snakke om følsomme problemer. Klarer sykepleieren dette kan det lettere skapes trygghet, håp og tro hos pasienten. (Kristoffersen 2000 bind 2, s. 80-83).

### 6.3 Etikk og yrkesetikk

I denne delen skal vi definere hva ordet etikk betyr. Ordet etikk kommer opprinnelig fra det greske ordet ethos, som betyr skikk eller vane. De handlingene og valgene vi tar, har med etikk og gjør. (Kristoffersen 2000 bind 1, s. 286).

Under NSF's yrkesetiske retningslinjer står det at:

*”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal være kunnskapsbasert og bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene”. (NSF).*

De yrkesetiske retningslinjene er sykepleiernes viktigste redskap i møte med etiske dilemma. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer bygger på prinsippene i ICNs etiske regler og menneskerettighetene i FNs menneskerettighetserklæring. I forhold til vår problemstilling står det at sykepleieren kan av samvittighetsgrunner, be seg fritatt for plikter som hører inn under vedkommendes funksjonsområde, når dette er hjemlet i lov eller skriftlig akseptert av arbeidsgiver. (NSF).

## 6.4 Etisk dilemma

Ordet dilemma betyr vanskelig valg og er opprinnelig gresk. Det kan oppstå ulike dilemma både i dagliglivet og i arbeidssituasjoner. Et etisk dilemma forekommer i situasjoner der normer eller verdier kommer i konflikt med hverandre. Slike dilemmaer oppleves vanskelige. (Natvig 1997, s. 24-25).

## 6.5 Reservasjon

Helsepersonell kan søke fritak fra medvirkning til abort på grunn av samvittighetsgrunner etter abortlovens § 14. Dette kalles reservasjonsrett og gjelder sykehuspersonell som blir direkte involvert i svangerskapsavbruddet. Både sykepleiere og leger kan reservere seg fra å assistere eller utføre abortinngrepet.

Det går allikevel ikke an å reservere seg mot å gi kvinnen stell, pleie og behandling før og etter inngrepet. Sykehusene skal til enhver tid vite hvor mange som er reservert, fordi de er pliktig å alltid ha personell som kan utføre legale aborter. (Holan 2005, s. 202-204).

Retten til fritak for helsepersonell ved medikamentell abort innebærer de som assisterer ved eller utfører svangerskapsavbruddet, dette gjelder også å foreskrive eller administrere medikamenter i forbindelse med aborten. Dette gjelder selv om kvinnen tar medikamentene selv. (Abortforskriften).

Ut i fra historien under fra 1974 mener vi at loven er til det beste, også for kvinnene som skal utføre et svangerskapsavbrudd fordi da er det sykepleiere som har en god

holdning til disse kvinnene som er med og utfører aborten. Dermed kan kvaliteten på sykepleien bli bedre for pasientene.

*- Jeg har ligget på sykehus før, og det var noe helt annet, for da var de veldig snille og hyggelige og du ble passet på. Jeg synes det var helt annerledes da jeg lå der og skulle ha abort. Jeg ble lagt på en sånn kur. Jeg skulle ha noe i blodet, men sykesøster nektet å sette inn kanylen, for hun ville ikke være med på et abortinngrep - det var før loven om at de har lov å nekte kom. Jeg syntes det var fælt å høre den diskusjonen mellom henne og de andre om hvorfor hun ikke ville. Hun sto der og var sint - og jeg lå der og kunne ikke si noe fra eller til. Så endte det med et kompromiss om at hun kunne sette inn kanylen, hvis noen andre kunne koble til den slangen med det jeg skulle ha i blodet. (Aanesen 1981, s. 277)*



## 7. Den abortsøkende kvinne

Det at en kvinne ønsker å få utført en medisinsk abort kan ha mange grunner. Ofte kan det være press fra barnefaren, selv om kvinnen selv ønsker barnet. Barnefaren kan si at et barn vil ødelegge livet hans og da tenker ofte den gravide kvinnen mer på han enn hva hun selv ønsker. Hun ønsker kanskje ikke å ha aleneansvar for barnet og tar dermed abort. Andre ganger kan det være årsaker som for eksempel at hun har blitt voldtatt, har dårlig økonomi eller det "passer ikke" akkurat nå.

Noen grunner kan være vanskeligere å forstå enn andre for sykepleieren. Sykepleieren må allikevel gi samme omsorg og støtte til denne pasientgruppen, selv om det strider mot sykepleierens egne meninger og holdninger.

### 7.1 Trygghet

Behovet for trygghet er knyttet til behovet for kjærlighet. Alle mennesker har behov for å føle sosial tilhørighet og å motta nærhet og varme fra andre mennesker.

Trygghetsopplevelsen kan beskrives som for eksempel tillit, varme og glede. Føler en person utrygghet kan han blant annet oppleve usikkerhet, uro og redsel. En persons opplevelse av trygghet har sammenheng med både ytre og indre faktorer.

(Kristoffersen 2000 bind 2, s.119).

*Indre trygghet:* Barndom og oppvekstmiljø har sterkt sammenheng med den indre tryggheten. For å utvikle indre trygghet er opplevelsen av tilhørighet, felleskap og frihet koblet sammen med ansvar, idealer og normer viktig. Gjennom erfaring, positive opplevelser og bevisst bearbeidelse av utrygge kriser kan indre trygghet også utvikles og modnes i voksne år. Det er viktig at sykepleieren vet at indre trygghet kan utvikles, slik at en kan hjelpe pasienten å få så gode opplevelser og erfaringer som mulig.

*Ytre trygghet:* Om en pasient opplever miljøet som trygt eller ikke, er avhengig av om han opplever kontroll og har tilstrekkelig kunnskap. Det er også viktig at pasienten opplever relasjonstrygghet, det vil si mellommenneskelig varme, forståelse,

akseptasjon, og stole på andre trygghet. Med dette menes opplevelsen av fysisk trygghet og å være i trygge hender. (Kristoffersen 2000 bind 2, s.119-120).

Trygghet er knyttet til behovet for forutsigbarhet, struktur, orden og beskyttelse i ens livssituasjon. Man kan oppnå oversikt og forutsigbarhet gjennom struktur og orden. Frykt oppstår når dette mangler. Mennesker har behov for å kunne forutsi hva som kommer til skje, noe som er viktig å tenke på når det gjelder å skape trygget hos pasienter som skal ta abort. (Kristoffersen 2000 bind 1, s. 493).

Relasjonstrygghet er viktig i forhold til vår problemstilling. Med relasjonstrygghet menes det å oppleve fysisk nærhet, at noen holder en i hånden eller å slippe å være alene. Det grunnleggende i relasjonstrygghet er kongruens, mellommenneskelig varme og fysisk berøring.

Når sykepleieren skal skape tillit må det være kongruens mellom det som formidles nonverbalt og verbalt. Først når sykepleier og pasient ser på hverandre som to likeverdige mennesker, kan en oppnå en ekte og åpen samhandling. For å skape relasjonstrygghet er mellommenneskelige varme en forutsetning. Den mellommenneskelige varmen skapes gjennom aktiv lytting, empati og konsentrasjon. Den nærheten og tryggheten vi får, skapes gjennom fysisk kontakt. Nonverbal kommunikasjon er knyttet til fysisk berøring, ved berøring formidles et budskap til pasienten. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på dette og bruker det som en del av sykepleien. (Kristoffersen 2000 bind 2, s. 84).

## 8. Drøfting

I drøftningsdelen skal vi ta for oss hvordan sykepleieren kan skape trygghet i møte med pasienter som skal ta abort.

### 8.1 Hvilke faktorer kan fremme og hindre trygghet

Det finnes ulike faktorer som er med på å fremme trygghet, men også faktorer som virker motsatt ved å skape utrygghet. Travelbee sier at førsteinntrykket er preget av at sykepleier og pasient ikke kjenner hverandre. De kan ha en følelse av hvordan den andre er, derfor er det viktig at sykepleieren vet hvordan disse stereotype oppfatningene preger inntrykket av pasienten. Dette kan føre til at sykepleieren sammenligner pasienten med tidligere pasienter og ser ikke det unike i det enkelte mennesket. Sykepleieren må observere og kommunisere målrettet i møte med pasienten. Da kan sykepleieren klare å danne seg et bilde av pasienten og gi informasjon som er tilpasset kvinnens behov.

Det første møtet er avgjørende for om abortsøkende kvinner får tillit til sykepleieren og føler seg trygg i situasjonen. Hvis sykepleieren ikke greier å etablere god kontakt gjennom kommunikasjon i dette møtet, oppnår ikke pasienten trygghet og tillit til sykepleieren. Klarer ikke sykepleieren å danne et menneske-til-menneske forhold, kan dette gi konsekvenser for pasienten ved at hun kan bli utrygg og få følelsen av at sykepleieren ikke ser henne som et unikt individ. Dermed klarer ikke sykepleieren å bli kjent med pasienten, identifisere og ivareta pasientens behov for sykepleie. Dermed når ikke sykepleieren sitt mål og sin hensikt som er å skape trygghet.

Det er viktig at sykepleieren respekterer hver enkelts avgjørelse, selv om hun selv har andre holdninger til abort. De holdningene sykepleierne viser ovenfor pasienter som tar abort betyr veldig mye i forhold til hvordan pasienten klarer seg gjennom abortprosessen og hvordan situasjonen blir etter inngrepet.

Holan skriver at samtalen mellom kvinnen og sykepleieren skal fungere som et "fristed" for kvinnen. Kvinnen skal få hjelp til å snakke om sine tanker, følelser og prate om sine problemer. Det er viktig at sykepleieren lar kvinnene snakke og sørge over barnet selv om aborten er selvbestemt. Sykepleieren skal så godt hun kan hjelpe kvinnen å bearbeide vonde følelser for å hindre psykiske seinvirkninger senere i livet. Noen pasienter er redd møtet med helsevesenet fordi de tror de blir sett ned på, på grunn av det valget de har tatt og våger dermed ikke å fortelle hvordan de egentlig har det. Derfor er et møte som skaper trygghet, svært viktig i forhold til disse kvinnene. Dette møtet kan få betydning for hvordan hun kommer til å klare seg videre i livet. Har pasienten blitt møtt med respekt for det valget hun har tatt kan det bli lettere å fortsette livet som før etter aborten.

Sykepleieren må passe på at hun ikke krenker kvinnens selvbestemmelsesrett ved å prøve å påvirke henne til å velge annerledes enn hun ønsker. Sykepleieren skal ikke påvirke pasienten med sine egne moralske verdier, men være nøytral og objektiv i møte med disse kvinnene. Det er veldig viktig at sykepleieren snakker med pasienten om hva hun selv vil og fortelle at det ikke er noen andre enn kvinnen selv som bestemmer om hun vil beholde barnet eller ikke. Kvinner som skal utføre en abort er ofte redde for hva sykepleieren mener om dem, og kan føle skyld og skam overfor barnet de har valgt å ikke bære frem. Sykepleieren skal ikke gjøre det vanskeligere for den sårbare kvinnen ved for eksempel å begynne å forklare hvilke rettigheter hun har, hvis hun bærer frem barnet. Da vil kvinnen kunne føle et press fra sykepleieren om at hun bør beholde barnet selv om hun har bestemt seg for abort. De moralske verdier sykepleieren selv har skal ikke vises ovenfor pasienten. Etter at avgjørelsen om abort er tatt og pillen er svelget er det viktig at sykepleieren støtter kvinnen i det valget hun har tatt. Selv om kvinnen har bestemt seg for abort kan hun ha kaotiske tanker, følelser og kan synes det er tungt å gjennomføre aborten. Den viktigste oppgaven til sykepleieren er å lytte til det kvinnen har å si, veilede henne og støtte henne på det valget hun har tatt.

Tidligere benyttet man kirurgisk abort, pasientene fikk da narkose og sov under inngrepet. De hadde da kun menstruasjonsliknende smerter når de våknet. Sykepleiere vi snakket med fortalte at det ofte var de samme pasientene som kom om og om igjen

for å ta abort. De mente det kunne være en utfordring for sykepleieren å møte de samme kvinnene som kom for å ta abort om og om igjen. Sykepleierne fortalte også at det følte som om disse pasientene syntes dette var en grei ”prevensjonsmåte”. For å forebygge nye uønskete svangerskap er prevensjonsveiledning viktig for å hindre gjentatte aborter.

Der vi hospiterte er det medisinsk abort som er det vanlige og pasientene kan ikke lenger velge mellom medisinsk eller kirurgisk abort, om det ikke er spesielle grunner som tilsier kirurgisk abort. Sykepleieren forteller at pasienter som har vært gjennom en medisinsk abort, tenker seg bedre om før de gjør det igjen. Pasientene har det vondt under en medisinsk abort fordi livmorhalsen utvides slik den gjør under en fødsel, og de må selv presse ut fosteret og dette er smertefullt for kvinnene. Pasienter som har tatt medisinsk abort bruker ikke dette som et alternativ til andre former for ”prevensjon”. Selv om abort har vært lovlig i Norge i over 30 år, er dette fortsatt et tabubelagt tema. Det er ikke noe folk snakker om, og kvinnene kan føle skam for det de har gjort. Det er ingen som snakker om sin siste abort og deres ufødte barn på grunn av holdninger og fordommer folk har til dette temaet. Dermed blir det flaut for kvinnen å snakke om dette og hun kan ha skyldfølelse. Kvinnen kan også tro at hun blir sett på som uansvarlig på grunn av at hun har blitt gravid uten at dette var planlagt.

Om noen mister et barn eller har dødfødsel er det ”lov” å sørge og det er noe man forteller familie og venner som kan være der og trøste. Når en kvinne tar abort er det noe hun ofte må bære alene. En kvinne som tar abort kan ikke klandre andre enn seg selv, og kan dermed føle skam for det valget hun har tatt. Derfor er det viktig at sykepleieren ser hver enkelt og kan være en støttespiller som kan hjelpe kvinnen gjennom abortprosessen. Ikke alle har andre enn sykepleieren å snakke med, derfor er det så viktig at møte mellom sykepleier og pasient blir så godt som mulig. Sykepleieren skal formidle håp til pasienter som synes alt er håpløst gjennom for eksempel å videreformidle kontakt med fagfolk som har erfaring med disse pasientene. Å sørge for at pasienten får tilbud om oppfølging er et viktig ledd i det å ivareta kvinnen. Hvis man kun ivaretar kvinnen inne på avdelingen kan mange av kvinnene føle seg veldig alene i etterkant. Sykepleieren på avdelingen må sørge for å tilrettelegge slik at kvinnen har mulighet og kunnskap om den hjelp som finnes der ute.

Som sykepleier må en for eksempel hjelpe storrøykere med lungekreft eller overvektige med hjerte- karsykdommer som følge av livsstilen til pasienten. Sykepleieren må på samme måte hjelpe kvinner som har blitt uplanlagt gravide ved å støtte henne med det valget hun har tatt. Kvinner som tar abort skal ha følelsen av at hun blir like godt ivaretatt som andre pasientgrupper, ellers har ikke sykepleieren gjort jobben sin.

Er sykepleieren ærlig og viser oppriktig forståelse for det valget kvinnen har tatt er det lettere å skape tillit mellom sykepleier og pasient. Travelbee mener tillit er en viktig faktor for å etablere gjensidig kontakt og forståelse mellom to individer. Ved hjelp av sympati ”tar en del i” den andres følelser, og opplever medlidenhet ovenfor pasienten. Dette kan gi pasienten følelsen av at hun ikke er alene og slipper å bære byrden helt alene.

Som vi har nevnt tidligere er god informasjon med på å danne trygghet hos abortsøkende kvinner. Klarer sykepleieren å formidle trygghet gjennom informasjon og veiledning, er dette av stor betydning for pasienten. Ved å ha blitt informert på forhånd om hva som skal skje, føles situasjonen tryggere for vedkommende. Sykepleieren på poliklinikken fortalte viktigheten av at kvinnene er godt informert om at de kommer til å ha sterke smerter under aborten. De fortalte at abortprosessen er tøff for kvinnene dersom de ikke vet hvor mye smerter de kommer til å ha. Kvinnene kan ha blitt fortalt at smertene kan minne om menstruasjonssmerter, mens smertene kan oppleves som fødselssmerter for enkelte pasienter. Har ikke sykepleieren på forhånd vært ærlig og informert pasienten om dette kan pasienten miste tilliten til sykepleieren videre. Det er viktig at pasienten får informasjon i god tid, fordi det gir henne anledning til å forberede seg på det som skal skje. Å sende skriftlige materiale hjem til pasienten kan være en fordel, da hun kan lese informasjonen i ro og fred. En individuell tilnærming til pasienten kan ikke bli erstattet av skriftlig informasjon. Det er derfor viktig at pasienten også får muligheten til å snakke med sykepleieren. (Kristoffersen 2000 bind 1, s. 321).

I forhold til vår problemstilling er dette veldig viktig å huske på. Det kan være godt for pasientene å ha fått skriftlig informasjon med seg hjem der det står hva hun skal

gjennom, da kan hun forberede seg og kanskje dukker det opp noen spørsmål hun lurer på. Første dagen på poliklinikken får hun snakke med en sykepleier som hun kan stille spørsmål til og få oppklart eventuelle uklarheter.

Trygghet kan være et mål i seg selv, men i mange tilfeller er trygghet et viktig brobyggende element i samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Trygghet og tillit er en forutsetning for å få en god mellommenneskelig samhandling. Trygghet er også grunnleggende i enhver terapeutisk kommunikasjon. (Kristoffersen 2000 bind 2, s. 83). En grunnleggende faktor i sykepleierens arbeid med å skape trygghet hos kvinnen er informasjon. Får ikke pasienten nok informasjon kan dette føre til utrygghet, fordi hun ikke føler hun har kontroll over hva som skal skje med henne. Vet kvinnen hva som skal skje med henne oppleves ikke situasjonen så utrygg som den hadde gjort om hun ikke hadde fått informasjon.

Det er viktig at informasjonen blir gjentatt flere ganger slik at pasienten har oppfattet og forstår det som blir sagt. På sykehuset får pasienten først snakke med legen om hva som skal skje, deretter snakker hun med sykepleieren. Det er for eksempel viktig at pasienten er helt sikker i sin avgjørelse om medisinsk abort, og forstår det som har blitt sagt før hun tar den første tablett. Etter at tablett er tatt er det ingen vei tilbake, dette er det veldig viktig at pasienten er klar over. Det har vært episoder på poliklinikken der pasienter har tatt Mifegyne® som er den avgjørende tablett som gjør at fosteret går til grunne, og etter noen timer angret på å ha tatt tablett. Dette er trist både for sykepleier og pasient, derfor er det viktig at sykepleieren ved den minste tvil sender kvinnen hjem en uke til, før hun bestemmer seg for abort.

## 8.2 Etikk og etisk dilemma i forhold til abort

På en avdeling finnes det mange ulike sykepleiere med forskjellige verdier, livssyn og holdninger. Oppfatningen av sykepleie vil derfor være preget av den enkeltes menneskesyn og holdninger. De som er sterkt i mot abort kan heldigvis reservere seg slik at pasienten ikke blir utsatt for unødvendig lidelse.

Sykepleiere har yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Hensikten med yrkesetikk er at sykepleiere ikke skal blande inn eget livssyn eller religion. De etiske retningslinjene skal følges og en må være profesjonell. Da er det mulig å utøve god sykepleie ovenfor pasientene.

Noen sykepleiere kan ha en holdning om at en kvinne som kommer for å ta abort er skyld i sin egen situasjon, og dermed ikke har krav på å bli møtt på samme måte som en som uforskyldt kommer til sykehuset. Sykepleierne kan ha en god, dårlig eller likegyldig holdning til disse pasientene. En vil kanskje ikke fortelle om sine negative holdninger, og sykepleieren kan prøve å undertrykke den negative holdningen og følelsen. Sykepleierens holdninger kommer allikevel til syne gjennom kroppsspråket, for eksempel tonefall, ansiktsuttrykk eller håndlag. En sykepleier kan si at alle pasientene er like mye verdt og har like mye rett på hjelp, mens kroppsspråket viser at noen fortjener hjelp mer enn andre. (Natvig 1997, s. 29).

Det brukes både verbal og nonverbal kommunikasjon overfor pasientene. Kristoffersen skriver at det må være samsvar eller kongruens som det også heter, mellom det en sier og det som formidles nonverbalt. Sykepleierens nonverbale kommunikasjon kan mange ganger hindre god samhandling med pasienten, men kroppsspråket kan også åpne opp for god kontakt.

Hvis sykepleieren har dårlige holdninger til abort, vil antakelig hennes holdninger skinne gjennom i møte med pasientene. Sykepleiere som sender ut et motstridende budskap til pasienten gjør dem utrygge i situasjonen. Særlig den nonverbale atferden vår er preget av våre holdninger. Selv om sykepleieren ikke selv er klar over sine dårlige holdninger, kan disse komme til syne gjennom våre handlinger. Et eksempel kan være at pasienten har fått smertestillende for en stund siden, men har behov for mer. Sykepleieren kan da nekte å administrere mer smertestillende fordi hennes holdning er at slike pasienter ”fortjener smerte”, men begrunner det med at det ikke er så lenge siden hun fikk smertestillende og at det tar tid før den begynner å virke. Et etisk dilemma kan være at en ikke har sengeplass til pasienten på sengeposten og dermed må legge pasienten på barselavdelingen. For det første trenger pasientene en



sengeplass, men han har også krav på å bli behandlet med respekt, noe som kan sette sykepleieren i en vanskelig situasjon.

En sykepleier på gynekologisk avdeling fortalte at det hendte at pasienter som hadde fått utført abort ble lagt på barselavdelingen på grunn av at det ikke var plass på gynekologisk avdeling. På det sykehuset vi hospiterer på nekter barselavdelingen nå å ta imot abort pasienter. De mener dette ikke er etisk riktig ovenfor kvinnen som utfører en abort å skulle ligge på barselavdelingen der det er mange lykkelige par som nylig har fått barn. Det kunne også være tøft for jordmødrene å skulle omstille seg og bevare ”masken” når hun skulle ut fra rommet der det kanskje hadde vært en dødfødsel, og til det neste der hun skal vise omsorg for den kvinnen som hadde utført en provosert abort. Er det ikke plass på gynekologisk avdeling, må en heller høre på andre avdelinger, for eksempel kirurgisk avdeling. Det er bedre for kvinnen å ligge der enn å bli lagt på barsel avdeling.

Når aborter ble gjort på sengepost og ikke poliklinikk, måtte av og til pasienter med spontan (ufrivillig abort) og provosert abort ligge på samme rom. Dette er heller ikke etisk riktig. Den ene pasienten sørger over barnet hun har mistet, mens pasienten med provosert abort i tillegg til sorg også kan føle skyld og skam over den avgjørelsen hun har tatt. Det er ikke alltid like lett for sykepleieren heller å skulle være støttende til pasienten med provosert abort og i tillegg trøstende til pasienten med spontanabort.

## 9. Konklusjon

Det finnes ingen fasitsvar på hvordan sykepleierne kan fremme trygghet i møte med abortsøkende kvinner. Det er viktig at sykepleieren etablerer et mellom menneskelig forhold til kvinnene. Sykepleieren må se på hver enkelt som unik, slik at hun gjennom sin kunnskap kan skape trygghet hos den enkelte. At sykepleieren bevisst bruker sine kunnskaper om betydningen av god informasjon og kommunikasjon, bruker seg selv terapeutisk og har reflekterte holdninger, har mye å si for at pasienten får den tryggheten hun trenger.

De mest relevante tiltakene sykepleierne kan gjøre for å skape trygghet i forhold til vår problemstilling er kommunikasjon og informasjon. Dette kan skape forutsigbarhet, og dermed øke trygghetsfølelsen hos kvinnen. Gjennom informasjon har sykepleierne gitt kvinnen kunnskaper, slik at hun er psykisk forberedt på det som skal skje. Hvis sykepleierne som er i kontakt med abortsøkende kvinner bruker de tiltakene som vi har drøftet, vil det øke tryggheten hos de kvinnene som skal ta abort.

Skulle vi ha skrevet flere oppgaver om dette tema, ville vi ha skrevet om det psykiske aspektet ved abort. Vi ville sett på seinvirkninger og hva sykepleieren kan gjøre etter en abort for å hindre psykiske ettervirkninger. En annen problemstilling vi kunne tenke oss å skrive om er hjemmeabort. Dette er en medisinsk abort, men utføres hjemme. Da kunne vi skrevet om hvordan sykepleieren kan ivareta disse pasientene slik at de får den hjelpen de trenger under aborten. Vi ville ha undersøkt hvorfor det er slik at denne pasientgruppen hevder de ikke er så smertepåvirket, som de pasientene som aborterer på sykehuset.

## 10. Etterord

Vi bestemte oss tidlig for emnet vi ville skrive om i avsluttende eksamen. Deretter søkte vi etter litteratur relevant til vårt tema. Det var mye stoff om temaet og vi måtte sile ut det som var relevant i forhold til problemstillingen vår. I begynnelsen var vi svært ivrige etter å komme i gang med oppgaven og har jobbet strukturert hver dag. Samarbeidet har fungert bra og vi har støttet og oppmuntret hverandre underveis i skriveprosessen. Vi har gjennom denne oppgaven tilegnet oss ny kunnskap og forståelse om temaet. Det har vært veldig lærerikt, men også et utfordrende tema å skrive om. Vi har lært hvordan vi som fremtidige sykepleiere skal gå frem i møte med pasienten som skal utføre en abort, for å skape trygghet og tillit til kvinnen som oftest er i en vanskelig situasjon.

Vi hadde stort utbytte av hospiteringspraksisen. Det var utrolig lærerikt å være med på gynekologisk poliklinikk og besøke Amatheia. På poliklinikken fikk vi se "hvem" disse kvinnene var og høre hva de selv fortalte om sin situasjon.

Hos Amatheia fikk vi informasjon om hvilke tilbud de har for sine klienter, og at det kan være lurt å sende pasienter som ikke vet hva de vil til Amatheia, for å få råd og veiledning før de tar abort. Det var ikke så mange sykepleiefaglige artikler i forhold til vår problemstilling, dermed har hospiteringspraksisen vært av stor betydning for oppgaven.

Begge er fornøyd med oppgaven og har et eierforhold til sluttproduktet. Vi har møtt veilederen vår en gang i uka for å få veiledning i det vi lurte på. Vi ønsker å takke for den gode rettledningen vi har fått gjennom disse ukene. Tilslutt vil vi takke alle som har hjulpet oss med tips og råd.

## Litteraturliste

- \* Aanesen, Ellen (1981). *Ikke send meg til en «kone», doktor* Forlaget Oktober
- \* Abortforskriften (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften)*.  
Tilgjengelig fra URL:[http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdato/ltavd1/filer/sf-20010615-0635.html&emne=abornemnd\\*%2](http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdato/ltavd1/filer/sf-20010615-0635.html&emne=abornemnd*%2) (sist sett 06.11.08)
- \* Abortloven (1976) *Lov om svangerskapsavbrudd*. Tilgjengelig fra  
URL:<http://www.lovdato.no/all/hl-19750613-050.html> (sist sett 06.11.08)
- Almås, Hallbjørg (red.). (2005) *Klinisk sykepleie Bind 2*.(3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, Olav (2004) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal
- \* Helsedepartementet (2004) *Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort (2004-2008)*. Oslo: Departementet
- Holan, Synne (red.) (2005). *Det nye livet - svangerskap, fødsel og barselstid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Kristoffersen, Nina Jahren (red.). (2000) *Generell sykepleie bind 1, 2* Oslo: Universitetsforlaget
- \* Kåss, Erik (red.) (2007) *Medisinsk ordbok* (6.utg.) Oslo: Kunnskapsforlaget.
- \* Larsen, Britt Karin (1989) *Du er likevel til- Brev til et barn som ikke ble født* Oslo: Gyldendal.
- Natvig, Randi-Susanne (1997) *Sykepleie etikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- \* Norsk sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer* Tilgjengelig fra  
URL:<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf> (sist sett 08.11.08)

\* Schrumpf, Ellen (1984) *Abort sakens historie*. Oslo: Tiden.

Travelbee, Joyce (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo:  
Universitetsforlaget.