



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse
4BACH

Karen Søyland Husebø og Nina Espedal Brynildsrud

Veileder: Kari Johanne Kvigne

«Selvbestemt abort – et sykepleiefaglig ansvar?»

«Induced Abortion - A Nursing Responsibility?»

Antall ord: 13 722

BASY 2012

Bacheloroppgave i sykepleie

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

«Det handler om et livsløp som ble stanset.

Noen bruker andre ord om det.

Jeg var med og gikk i tog for den loven som

skulle gi meg frihet. Som skulle gi meg muligheten

til å slippe et barn som ikke var planlagt.

Og mulighet til å kjenne den sorgen jeg opplever

nå»

(Britt Karin Larsen, 1989, s.5)

Sammendrag

Tittel: Selvbestemt abort- et sykepleiefaglig ansvar?

Problemstilling:

«Hvorfor søker unge kvinner i Norge abort, og hva kan bidra til å redusere aborttallene?» og «Hvordan ivareta den abortsøkende kvinne på sykehus?»

Hensikt: I denne oppgaven vil vi se nærmere på hvilke kvinner som tar provosert abort, og hva som gjør at nettopp disse kvinnene velger dette. Vi skal også ta for oss hvilke tiltak som kan være med på å redusere aborttallene. Til slutt vil vi se på hva som er viktig i ivaretagelsen av kvinner som kommer til sykehuset for å ta en abort.

Metode: Oppgaven baserer seg på litteraturstudie, gjennom bruk av pensumlitteratur, skjønnlitteratur og forskning. Vi har valgt å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning.

Teori: Vi har valgt å inkludere teori om abort i Norge og globalt, lovverk, sykepleierens rolle i møte med abortsøkende kvinner, komplikasjoner, etisk dilemma og kommunikasjon. Vi bruker også omsorgsteorien til Kari Martinsen.

Konklusjon: Abort er et kvinnehelseproblem i Norge og på verdensbasis, det er også en utfordring for helsepersonellet. Gjennom forskning kan vi se at noen kvinner har større risiko og ulike forutsetninger for å ta en provosert abort. Det kommer tydelig frem at veiledning og undervisning er hensiktsmessig i forebyggingen. Vi tror det er viktig at sykepleiere som møter disse kvinnene har kunnskaper om at reaksjoner og behov kan være svært ulike, og har evnen til å støtte dem på tross av egne verdier.

Vi vil avslutte med å takke Kari Johanne Kvigne for god veiledning og engasjement rundt vår oppgave.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	3
INNHALDSFORTEGNELSE	4
1. INNLEDNING	6
1.1 INTRODUKSJON	6
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	7
1.3 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING	8
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	8
1.5 OPPGAVENS STRUKTUR	9
2. METODE	10
2.1 HVA ER METODE.....	10
2.2 LITTERATURSØK OG VALG AV LITTERATUR.....	10
2.3 KILDEKRITIKK.....	11
3. TEORETISK REFERANSERAMME.....	14
3.1 HVA ER EN ABORT?	14
3.2 PROVOSERT ABORT SOM GLOBALT KVINNEHELSEPROBLEM	15
3.3 FRA DØDSSTRAFF TIL SELVBESTEMT ABORT – ABORTHISTORIEN I NORGE.	16
3.4 ABORTLOVEN.....	18
3.5 SYKEPLEIERENS ROLLE	19
3.6 KOMPLIKASJONER.....	20
3.7 ETISK DILEMMA	20
3.8 KOMMUNIKASJON MED MENNESKER I KRISE	21
3.9 KARI MARTINSEN.....	22

4. FUNN	24
4.1 OPPVEKST OG VILKÅR.....	24
4.2 UTDANNING OG SOSIAL KLASSE.....	24
4.3 ET VANSKELIG VALG.....	25
4.4 PSYKISKE REAKSJONER.....	25
4.5 RESERVASJONSRETTEEN.....	26
4.6 BEHOV FOR ØKT INNSATS FRA HELSEPERSONELL.....	26
4.7 UTFORDRINGER FOR HELSEPERSONELL.....	26
4.8 BEHOV FOR STØTTE FRA FAMILIE OG VENNER.....	27
4.9 RÅDGIVNING.....	27
4.10 KULTURFORSKJELLER.....	28
5. DRØFTING	29
5.1 HVORFOR SØKER UNGE KVINNER I NORGE ABORT, OG HVA KAN BIDRA TIL Å REDUSERE ABORTTALLENE?.....	29
5.2 HVORDAN IVARETA DEN ABORTSØKENDE KVINNEN PÅ SYKEHUS?.....	32
5.2.1 Sykepleierens ivaretagelse av kvinner som søker abort.....	32
5.2.2 Interaksjon med den abortsøkende kvinne.....	34
5.2.3 Å forstå den andre.....	37
6. KONKLUSJON	41
REFERANSELISTE	43
VEDLEGG	47
VEDLEGG 1.....	47
VEDLEGG 2.....	50

1. Innledning

1.1 Introduksjon

«I riktig gamle dager, i 1683, satte loven dødsstraff for abort: "letfærdige Quindfolk, som deris Foster ombringe, skulle miste deris Hals, og deris Hovet settis paa en Stage". Vi vet at mødre lå i hjel spedbarn av ren og skjær nød. Kvinner fødte i dølgsmål og drepte barnet. De fødte barn og satte dem bort, la dem ut på kirketrappa- fordi det ikke fantes mulighet til å fø dem opp, og fordi hatet mot "letfærdige Quindfolk" ikke var til å bære undertrykket fra mørkemenn, kirke og øvrighet» (Aanesen, 1981, s. 8).

Med dette utdraget ser vi hvilke problemer kvinnene i gamle dager stod ovenfor, og hvilke holdninger det var rundt provosert abort på den tiden. I dag er forholdene annerledes i Norge, men på verdensbasis er abort fortsatt et kvinnehelseproblem. Utrygge aborter og et lovverk som ikke tillater selvbestemt abort, er med på å true kvinners liv og helse. I mange land ser ikke kvinnene en annen utvei enn å ta provosert abort under forhold som ikke er forsvarlige. I Norge har provosert abort vært aktuelt i media, og det er et tema som skaper diskusjon og debatt. Temaer som har vært tatt opp er blant annet legers reservasjonsrett, strengere krav for å få gjennomført en abort, den økonomiske støtten til småbarnsforeldre, og hvilken påvirkning bloggere har på forventninger rundt svangerskap og barselperiode. I debatt kommer det ofte frem sterke meninger fra begge sider av saken; de som er for provosert abort og de som er imot. Det er flere faktorer som kan være med på å påvirke vårt syn på abort. Alder, erfaringer, religion, familie og venners meninger, er eksempler på slike faktorer. Som sykepleier skal man møte alle pasienter med respekt og forståelse, men det kan være en utfordring å forholde seg nøytral i et avgjørende valg man kanskje selv er uenig i. I Norge har vi både lover og yrkesetiske retningslinjer som skal følges, samtidig som man skal se hver enkelt pasient og hvilke behov de har. I 2014 tok 1 av 100 kvinner i alderen 15-19 provosert abort (Løkeland, Askeland, Bøyum, Ebbing, Mjaatvedt, Nilssen & Seliussen, 2015). Vi ønsker å se nærmere på hvorfor unge kvinner i Norge søker abort, og hva som kan bidra til å redusere aborttallene. Kan sykepleiere være med på å forebygge at kvinner tar provosert abort? Er noen kvinner mer utsatt enn andre? I 2014 ble det utført totalt 14 061 aborter i Norge (Løkeland et al., 2015). Som en andre problemstilling ønsker vi å undersøke hvordan vi som sykepleiere møter abortsøkende kvinner på sykehus.

Vi har begge erfaring fra gynekologisk poliklinikk og sengepost på sykehuset. På poliklinikken møtte vi kvinner som både var sikre og usikre på valget om å ta provosert abort, mens det på sengeposten var fokus på å ivareta og støtte kvinner som allerede hadde tatt valget om å avslutte svangerskapet. Noe som gjorde sterkt inntrykk på oss, var hvordan sengeposten var inndelt. Det lå fødende kvinner, og kvinner i barsel i samme korridor som dem som var inne for provosert- og spontan abort. Man kunne høre gråt fra nyfødte barn i den ene enden av avdelingen, mens i den andre enden var kvinner som gråt over et vanskelig valg eller over å ha mistet et barn. Som sykepleiestudenter og kvinner, var det utfordrende for oss å møte pasienter som befant seg i så ulike situasjoner. På det ene rommet gikk vi inn med flagg og «champagne» for å feire de nybakte foreldrene, mens vi på naborommet hentet ut bekkenet med det aborterte fosteret i. Blant de abortsøkende kvinnene var det også store ulikheter. Det kunne være unge kvinner som kom inn for flere provoserte abort og som gav uttrykk for at aborten ble brukt i stedet for prevensjonsmidler. Mens man også møtte kvinner med barn fra før og dårlig økonomi som ikke så et annet alternativ enn å ta abort. Sykepleieren skal ta imot pasienten og pårørende, informere, tilrettelegge, og ta vare på kvinnen under og etter aborten. Vi synes det står stor respekt av dem som jobber med denne pasientgruppen og som tar godt vare på kvinnene som kommer inn, selv om det kan utfordre deres egen tro, samvittighet og personlige meninger.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt provosert abort som tema for vår oppgave fordi det er noe vi begge har erfaring med og som vi interesserer oss for. Det er et tema vi har lært lite om gjennom vår utdanning, både i grunnskolen/videregående og i sykepleierutdanningen. Dette har vi reagert på, da vi synes det er et viktig tema som alle, spesielt sykepleiere, bør ha kunnskaper om. Vi håper at vi med denne oppgaven kan være med å sette lys på utfordringene en provosert abort kan innebære, og øke forståelsen og engasjementet for temaet hos sykepleiere og den generelle leser.

1.3 Problemstilling og avgrensning

Vi har valgt følgende to problemstillinger:

Hvorfor søker unge kvinner i Norge abort, og hva kan bidra til å redusere aborttallene?

Hvordan ivareta den abortsøkende kvinne på sykehus?

Grunnen til at vi velger å ha to problemstillinger, er fordi vi mener de to spørsmålene er med på å underbygge hverandre. Har man kunnskaper om hvem som søker abort, kan det være enklere å se hvordan man skal ivareta dem på sykehuset. I den første problemstillingen begrenses målgruppen til unge kvinner under 25 år som søker provosert abort i Norge. Vi vil ikke fokusere på hvilken metode (kirurgisk eller medikamentell) som brukes til å utføre aborten, ei heller hvordan kvinnen søker seg inn til aborten. I den andre problemstillingen har vi ingen avgrensning i alder, men målgruppen er abortsøkende kvinner og deres pårørende på sykehus. Vi avgrenser arenaen til gynekologisk poliklinikk og gynekologisk sengepost på sykehus, da det er her vi har mest erfaring. Tidsrammen for denne problemstillingen vil være fra det første møtet mellom sykepleier og kvinnen, og til hun skrives ut fra sykehuset. Den gjelder for alle kvinner som kommer inn for provosert abort, uavhengig om de er sikre eller usikre på sin avgjørelse. Vi vil fokusere på sykepleierens informerende og veiledende rolle i møte med denne målgruppen. Begge problemstillingene er knyttet til provosert abort. Når vi skriver om egne erfaringer er det i hovedsak fra gynekologisk sengepost.

1.4 Begrepsavklaring

Uttrykket «den abortsøkende kvinne» blir brukt gjennomgående i hele oppgaven, vi ønsker derfor å forklare dette begrepet. Med «den abortsøkende kvinne» mener vi: kvinner, som med eller uten henvisning fra lege, oppsøker gynekologisk poliklinikk på sykehuset for å få utført en provosert abort. Begrepet gjelder frem til kvinnene har fått utført aborten, enten om det skjer på gynekologisk sengepost eller hjemme. Det er også uavhengig av om de velger å fortsette eller avslutte svangerskapet. De steder i teksten hvor vi kun bruker det enkle

begrepet abort menes provosert abort. Provosert abort og selvbestemt abort brukes synonymt.

1.5 Oppgavens struktur

Vi har valgt å dele oppgaven vår i seks kapitler, og hvert kapittel er inndelt i underkategorier for at leseren skal kunne få en god oversikt over oppsettet i oppgaven. I første kapittel introduserer vi oppgaven vår, samt å presentere bakgrunn for valg av tema, problemstillingene, avgrensning, og begrepsavklaring. I kapittel to forklarer vi hvilke metoder vi har tatt i bruk for å finne frem til relevant forskning og litteratur, i tillegg til hva vi har vært kritiske til i valg av litteratur. I tredje kapittel presenterer vi den teorien som vi mener er relevant for å drøfte problemstillingene. Vi har valgt å dele teorien inn i tema med egne overskrifter. Vårt mål med teorien er at leseren skal inneha den kunnskapen vi mener er grunnleggende for å kunne forstå og sette seg inn i det vi drøfter i kapittel fem. I kapittel fire har vi valgt å fremstille resultatene fra forskningen, vi har også her valgt å dele inn i ulike tema. I kapittel fem vil vi drøfte alle funn vi har gjort i både forskning og litteratur, og sammen med egne erfaringer knytte det opp til hver problemstilling. Vi har valgt å dele drøftingen i to deler, en for hver av problemstillingene. I sjette kapittel ser vi på det vi har diskutert i det foregående kapittelet, og trekker frem det vi mener er relevant for å gi en konklusjon på oppgaven. Til slutt har vi to vedlegg som inneholder resultat av litteratursøk (vedlegg 1) og kritisk granskning av forskningen (vedlegg 2).

2. Metode

2.1 Hva er metode

Sosiologen Vilhelm Aubert beskriver metode som «... 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» (sitert i Dalland, 2012, s. 111). Vi tolker metode som et redskap vi kan bruke for å samle inn den kunnskap og informasjon som vi trenger for å kunne besvare en oppgave på best mulig måte.

I vår oppgave tar vi i bruk litteraturstudie. Litteraturstudie forstår vi ut i fra Helen Aveyards (2014) forklaring, som å studere og fortolke litteratur man mener er relevant til oppgaven *før* vi tar den i bruk. Man skal ta for seg en problemstilling man ønsker svar på, og all litteratur skal til sammen gi en oversikt og besvarelse av spørsmålet som et helhetlig bilde (Aveyard, 2014). Kvalitativ- og kvantitativ metode er to ulike retninger som brukes for å innhente informasjon fra forskning til bruk i oppgaveskriving. Kvalitativ metode går ut på å hente meninger og opplevelser fra et fåtall mennesker for å sikre dybde og en mer personlig forståelse av dataene. Kvantitativ metode er en mer upersonlig fremgangsmåte for å samle et lite antall opplysninger fra en stor gruppe mennesker, en får dermed et bredere utvalg av data (Dalland, 2012). Vi har valgt å ta i bruk begge metodene i vår oppgave for å gi oss og leseren en større forståelse av hvordan abortprosessen oppleves og hvem det gjelder.

2.2 Litteratursøk og valg av litteratur

Målet vårt med litteratursøk var å finne god og relevant litteratur som kunne belyse problemstillingene våre fra ulike sider, og gi oss økt kunnskap om temaet. Gjennom studiet har vi hatt lite undervisning og pensumlitteratur som knytter seg til selve temaet provosert abort. Den delen av pensumlitteraturen vi har valgt å bruke omhandler mer generelle aspekter innen sykepleie, som for eksempel psykiske reaksjoner, kommunikasjon og etikk. Bibliotekets utvalg av litteratur om abort var ikke stort, men kvaliteten i det vi fant var tilfredsstillende. Av selvvalgt litteratur har vi valgt å ta i bruk faglitteratur for å sette oss inn i

historien rundt abort, og det globale perspektivet på provosert abort. Vi har også valgt å ta i bruk en skjønnlitterær bok, for å kunne få en større forståelse for reaksjoner som kan inntre før, under, og etter en provosert abort.

For å finne relevant forskning til oppgaven, begynte vi først å søke gjennom skolens databaser. Her fant vi flere bacheloroppgaver som kunne relatere seg til vår oppgave, men lite forskningsbaserte studier på høyere nivå. Vi fant fort ut at vi måtte spesifisere søkene våre ytterligere, og tok da i bruk internasjonale databaser. Ved bruk av MeSH-termer som relaterte seg til våre problemstillinger, fant vi et mer kvalitetssikkert utvalg av forskningsartikler. Vi har valgt å bruke norske og engelske søkeord for å få et bredere søk i databasene. De databasene vi har tatt i bruk er SveMed+, McMaster+ og forskningsdatabasen på Sykepleien. Vi har valgt å bruke SveMed+ fordi vi har hatt gode erfaringer med denne databasen i tidligere oppgaver. Det er en side som søker opp både norsk og internasjonal forskning. Oppsettet på SveMed+ er brukervennlig og vi slipper å bruke lang tid på å gjøre oss kjent med hvordan siden fungerer. Vi har også funnet relevant forskning på McMaster+ gjennom helsebiblioteket. Denne databasen er bygget opp som en pyramide, hvor artiklene er rangert etter vitenskapelig og oppdatert innhold. Artikkelen hentet fra McMaster+, fant vi på «toppen» av pyramiden. Sykepleien har et eget forskningsarkiv hvor det blir publisert fagfellevurderte forskningsartikler som knytter seg til sykepleiefaget.

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) er kildekritikk hensiktsmessig når en skal finne relevant litteratur til en oppgave. Baktanken med kildekritikk er å stille kritiske spørsmål til litteraturen og sortere ut den litteraturen som er av betydning for vår problemstilling. Ved første øyekast er det mye litteratur som kan virke relevant for oppgaven, men ved bruk av ulike kriterier innenfor kildekritikk, er det en del som må utelates grunnet aktualiteten. Vi har blant annet tatt i bruk sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning, som vi har funnet på kunnskapssenteret sine nettsider (Kunnskapssenteret, 2015). Vi har brukt sjekklistene for å kunne konkludere med at hver enkel forskningsartikkel inneholder resultater vi kan stole på, og at den er relevant for vår oppgave. Et annet hjelpemiddel er IMRaD-strukturen, hvor oppgaven bygges opp av

introduksjon, metode, resultater og diskusjonsdel. Forskning følger gjerne denne strukturen og kan dermed lettere gjenkjennes i litteratursøket (Dalland, 2012).

Vi ser at problemstillingene i vår oppgave omhandler et tema som er lite forsket på, og da spesielt kvalitativ forskning. De artiklene vi har funnet er derimot av god kvalitet og relevante for vår oppgave. Ofte ønsker man å være kritisk til eldre forskning, men vi mener det er av betydning at vi tar for oss disse artiklene for å kunne få en forståelse av situasjonen i dag. Forskingen som er funnet strekker seg fra 2003 til 2014. Vi har valgt å bruke god tid på å finne relevant forskning (se vedlegg 1). Vi har tatt i bruk engelske søkeord som «Induced abortion», «women», «work» og «experiences». På norsk har vi valgt å ta i bruk søkeord som «provosert abort», «selvbestemt abort», «holdninger», «unge kvinner», «abort» og «prevensjon». Selv med forholdsvis vide søkeord fikk vi opp relativt få forskningsartikler, dette kan være fordi temaet ikke er særlig forsket på. Vi har valgt ut artiklene i forhold til relevans for tema, og de artiklene vi valgte å ekskludere gikk dypere inn på områder innen temaet abort som ikke berører vår problemstilling. Vår kritikk til forskningsartiklene vi har tatt i bruk, har vi valgt å føre inn i et eget skjema (se vedlegg 2).

Vi har totalt tatt i bruk syv forskningsartikler i vår oppgave, som alle er skrevet av forfattere med høyere utdanning. Flere av dem er utdannede leger og sykepleiere med spesialisering, har doktorgrad- eller professortittel. Vi har sett at noen av artiklene vi har valgt å bruke, er skrevet av samme forfatter, både forskning- og avisartikler. Dette er en indikasjon på at de har god kjennskap til det aktuelle fagområdet. Artiklene vi har brukt er alle fagfellevurdert (peer reviewed), som vil si at forskningen er publisert i vitenskapelige tidsskrifter og nøye vurdert av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012). Resultater fra forskningen har vi valgt å presentere i et eget kapittel (Se kapittel 4). Det meste av forskningen vi har funnet er skrevet av svenske og norske forfattere, hvor begge land har selvbestemt abort. Vi har også funnet en forskningsartikkel som ser på provosert abort på et mer globalt nivå.

Som nevnt tidligere er pensumlitteraturen brukt på et mer generelt plan i vår oppgave. Vi stiller oss kritiske til litteraturen fordi lite av pensumet knytter seg opp til våre problemstillinger. Vi har valgt å bruke pensumlitteraturen for å se generelt på pasient- og sykepleieforholdet.

Dalland (2012) skriver at skjønnlitteratur kan gi inspirasjon og perspektiv til en oppgave. Vi stiller oss noe kritisk til å bruke denne typen litteratur, dette fordi det ofte kun er én persons

erfaringer og tanker, og mye av innholdet kan også være oppdiktet. Boken vi har valgt å bruke er skrevet i 1989. Vi må derfor ta i betraktning at holdninger og åpenhet rundt provosert abort kan ha forandret seg. Opplevelsen av en provosert abort kan være svært forskjellige fra kvinne til kvinne, men mye av det denne forfatteren beskriver kan sammenlignes med forskningen vi har funnet om kvinners opplevelser.

Vi har også valgt å ta i bruk ulike nettsider, for et personlig og politisk syn. Dette stiller vi oss kritiske til fordi teksten ofte kan være preget av forfatterens personlige mening.

3. Teoretisk referanseramme

3.1 Hva er en abort?

En abort defineres som «en avslutning av et svangerskap før fosteret er levedyktig utenfor livmoren» (Austveg, 2006, s. 121). Det kan være ulike årsaker til at et svangerskap avsluttes, og ut i fra disse skiller det mellom provosert og spontan abort. En spontanabort er en naturlig avslutning av svangerskapet og skyldes ofte sykdommer hos fosteret eller feil i kjønnscellene. En provosert abort er når kvinnen selv velger å avslutte svangerskapet (Jerpseth, 2010). Det kan være ulike grunner til at kvinnen velger å avslutte svangerskapet, det kan for eksempel være at graviditeten ikke er ønsket, prøver viser at barnet vil bli født med en alvorlig sykdom, eller at barnet ikke har ønsket kjønn. Legen undersøker kvinnen og fastslår behandlingen ut i fra hvor langt ut i svangerskapet hun er. Både medikamentell- eller kirurgisk abort er vanlige behandlingsmetoder ved svangerskapsbrudd, men de siste årene har medikamentell behandling vært mest brukt. Ved medikamentell behandling får kvinnen en progesteronhemmende tablett som avslutter svangerskapet, og to dager senere settes tablett inn i vagina som gjør at livmoren kontraherer og svangerskapsproduktene støtes ut (Jerpseth, 2010). Medikamentell abort kan gjøres både på sykehus og hjemme. Hjemmeabort er et tilbud til de kvinner som er i underkant av 9 uker på vei, som føler seg trygge på prosessen og som har noen sammen med seg under aborten. Ved kirurgisk behandling vil svangerskapsproduktene bli aspirert ut i gjennom et tynt metallrør ved hjelp av vakuum. Til slutt gjøres det en utskrapning av livmoren, for å sikre at alle rester etter fosteret er fjernet. Inngrepet utføres i lokalanestesi eller generell narkose (Jerpseth, 2010).

I henhold til loven om svangerskapsavbrudd (1975) §2 har man i dag muligheten til selvbestemt abort inntil utgangen av 12. svangerskapsuke. Etter dette må abortsøknaden behandles i en nemnd bestående av to leger. Søknaden kan bli innvilget på spesielle indikasjoner som: graviditet etter voldtekt eller incest, kvinnen har alvorlig psykisk sykdom, det er stor fare for alvorlig sykdom eller skade hos barnet, eller at graviditeten setter kvinnen i en vanskelig livssituasjon (Abortloven, 1975).

3.2 Provosert abort som globalt kvinnehelseproblem

Abortlovgivningen i verden er veldig variert og en sammenlikning av tilstanden i de forskjellige landene får frem ulikhetene for hvordan abort håndteres. Canada og Chile er ytterpunktene på skalaen. Canada setter abort på lik linje med alle andre medisinske inngrep, som gjør at kvinnen har full rett til behandlingen. Chile har totalforbud mot å ta abort, selv om kvinnens liv er i fare (Austeng, 2006). Generelt viser det seg at utviklingsland har en mer restriktiv holdning til abort enn hva industrilandene har. 72 land med 26% av verdens befolkningen er restriktive, hvor det er totalforbud mot å ta abort. I 16 land med 33,4 % av verdens befolkning, er det tillat å ta abort hvis kvinnens liv er i fare og for å bevare hennes fysiske helse. Noen av landene legger også vekt på kvinnens psykiske helse og sosioøkonomiske grunner. 54 land og 40,3 % av verdens befolkning har selvbestemt abort. En kan tydelig se at det skjer en liberalisering av abortloven i verden (Austeng, 2006).

World Health Organization (2011) definerer utrygg abort som en prosedyre hvor en avslutter et uønsket svangerskap som skjer i et miljø som ikke samsvarer med minimum medisinsk standard, eller utføres av en person som ikke har den nødvendige kompetansen, eller begge deler. I følge Gilliam og Haider (2014) er det ca. 205 millioner gravide kvinner hvert år verden over. Rundt 42 millioner av disse graviditetene ender i en abort, hvor 20 millioner av dem er utrygge. Forskingen viser at hver fjerde kvinne som gjennomgår en utrygg abort vil få store komplikasjoner, og hver åttende kvinne dør som følge av en utrygg abort. Komplikasjonene i forbindelse med utrygg abort er ofte relatert til lokalet hvor aborten foregår, ferdighetene til den som utfører inngrepet, og tilgangen til ordentlig utstyr. Mange kvinner velger provosert abort uten å oppsøke profesjonell hjelp, dette kan være fordi kvinnen føler skam, frykt og fordi valget går imot loven. Av de ca. 20 millionene utrygge abortene som utføres blir 98 % av dem gjort i utviklingsland. Det er vanskelig å samle data rundt utrygg abort, dette fordi mange av landene forbyr abort og inngrepene skjer i det skjulte (Gilliam & Haider, 2014). Mange kvinner ser derfor ingen annen utvei enn å gjøre det selv eller med hjelp fra noen uten profesjonell bakgrunn.

Gilliam og Haider (2014) skriver at kvinner som tyr til utrygg abort, ofte fremprovoserer prosessen ved bruk av farlige metoder. Noen spiser/drikker eller injiserer for eksempel metallsalter, bly, parafin, vaskemiddelløsning, livmorsstimulerende midler eller te og urtemedisiner. Selvpåførte slag til magen, hoppe fra en høyde og abdominal massasje (som kan føre til uterusruptur) er også vanlig brukte metoder, som kan gi kvinnen store skader. Mange innsetter fremmedlegemer som en kleshenger, strikkepinne eller heklenål. Disse skarpe gjenstandene kan i verstefall perforere og skade livmoren, urinveiene og tarmen. Metodene utgjør en høy risiko for sykелighet og dødelighet, men det er en av de få mulighetene disse kvinnene har til å få hjelp og medisinsk behandling. Komplikasjonene for kvinnene som gjennomgår en utrygg abort kan være fatale, det er anslått at over fem millioner kvinner blir innlagt på sykehus for behandling på grunn av dette hvert år. Komplikasjonene kan være blødning, nyresvikt, infeksjoner, og i verstefall død. De fleste av kvinnene kommer til sykehus med mer enn én komplikasjon. Det er flere faktorer som øker sykелigheten og dødeligheten. Eksempler på dette kan være uhygieniske forhold, mangel på riktig utstyr, bruk av giftstoffer, dårlig helse hos kvinnen, og manglende tilgang til post-abort omsorg og behandling (Gilliam & Haider, 2014). Norge er i dag et multikulturelt samfunn, og dette kan være med på å skape store forskjeller i forhold til holdninger, tradisjoner og verdier. Når man ser hvor ulike syn det er på abort i verden, kan man forstå at dette kan by på utfordringer for helsepersonellet i norske sykehus.

3.3 Fra dødsstraff til selvbestemt abort – aborthistorien i Norge.

Aborthistorien i Norge gir oss et innblikk i en vanskelig tid med groteske handlinger og triste skjebner. Fra loven om dødsstraff for abort i 1687 som lød: «letfærdige Quindfolk som deris Foster ombringe skulde miste deris Hals og deris Hoved sættis paa en Stage» (Aanesen, 1981, s. 8), har det vært en lang kamp frem mot loven om selvbestemt abort vi har i dag. Dødsstraff for «fosterfordrivelse» (abort) i Norge varte helt frem til 1842, hvor straffen ble redusert til tvangsarbeid mellom 6 måneder til 6 år. I 1902 ble loven igjen endret, denne gang til fengselsstraff på 3 år for den som tok abort og 6 år for den som utførte aborten (Elvbakken, 2001). I 1934 ble i tillegg en lov om sterilisering som tvang iverksatt i Norge. Denne loven ble brukt for å hindre vekst av befolkningsgrupper som samfunnet ikke ville skulle føres videre. Disse befolkningsgruppene var blant annet psykisk utviklingshemmede

og tatere (Austveg, 2006). I 1960 ble det lovlig å ta abort på spesielle medisinske indikasjoner, som for eksempel at kvinnens liv var i fare. Det var fremdeles legen som avgjorde hvem som hadde grunnlag for å kunne ta en abort. Først i 1978 kom loven om selvbestemt abort innen 12. svangerskapsuke i Norge (Elvbakken, 2001).

Det var på begynnelsen av 1900-tallet at abortkampen virkelig tok seg opp. I «Morgenbladet» i 1915 kunne man lese en artikkel om en kvinne som hadde drept sitt nyfødte barn og ble straffet med 8 måneders fengsel. Dette førte til en debatt hvor loven ble utfordret og sterke meninger fra begge sider ble presentert. Knut Hamsun var en av dem som refset den milde straffen for spedbarnsdrap. Han argumenterte med at disse kvinnene var håpløse og burde henges. Sigrid Undset tok derimot kvinnene i forsvar, og prøvde å forklare hvorfor noen kvinner havnet i en slik klemme, at å ta livet av sitt eget barn var den eneste utvei (Aanesen, 1981). Det var på denne tiden mulig å få utført en lovlig abort, men avgjørelsen ble tatt av en lege, som også kunne sette krav om sterilisering og psykiatrisk behandling for kvinnene som fikk abort innvilget (Austveg, 2006). Samtidig som det var vanskelig å få gjennomført en abort, var det også regler i Norge som gjorde det ulovlig å opplyse om prevensjon og de få prevensjonsmulighetene som fantes var nesten umulig å få tak i. Det var stor skam knyttet til både prevensjon og abort. Kvinner som var enslige og dårlig økonomisk stilt, ble så å si tvunget til å oppsøke ukyndig hjelp for å ta abort, som igjen kunne føre til sykdom, død og sterilisering. Mange kvinner endte derfor opp med å drepe sine nyfødte barn (Aanesen, 1981).

En av dem som har hatt størst påvirkning på abortloven, er kvinnesaksforkjemperen Katti Anker Møller. I 1915 holdt hun sin kjente tale «Moderskapets frigjørelse», hvor hun spesielt trakk frem ønsket om prevensjon til alle (inkludert ugifte) som trengte det, og at abort ikke skulle være straffbart (Austveg, 2006). Møller åpnet i 1924 sammen med arbeiderkvinnebevegelsen det første opplysningskontoret for prevensjon i Norge; «Mødrehygienekontoret». Her ble kvinner informert og bevisstgjort om sin egen fruktbarhet for å unngå uønskede svangerskap, og kunne dermed unngå abort, tvangsfødsler og spedbarnsdrap. Selv om kontoret hjalp mange kvinner, var det fremdeles stor skepsis til deres budskap, spesielt blant leger og prester. Skepsisen til prevensjon ble underbygget med at kvinner ville kaste seg ut i synd og hor, det truet befolkningsveksten slik at den norske rase ville dø ut, og at man ikke ville ha kontroll over hvem som var far til barna (Aanesen, 1981).

Veien til selvbestemt abort har vært lang og har engasjert mange. Religion stod sterkere i Norge før enn i dag, og hadde derfor stor innvirkning på abortdebatten. Mange av diskusjonene dreide seg også om kvinners helse og rettigheter, da det ofte var de kvinnene som allerede var i vanskelige situasjoner med dårlig økonomi og lite ressurser som ble hardest rammet. Abortdebatten har vært unik i den grad at den har engasjert både dem som blir berørt av selve abortinngrepet (kvinner, pårørende og helsepersonell), og dem som er utenforstående fordi den tar opp store spørsmål som utfordrer menneskers verdier og holdninger. Diskusjonen rundt lovendringen har vært splittet med sterke argumenter fra begge sider, og det var bare én stemme som avgjorde at loven om selvbestemt abort ble vedtatt i 1978 (Austveg, 2006).

3.4 Abortloven

Abortloven § 2 (1975) sier at hvis et svangerskap fører til alvorlige vansker, skal kvinnen tilbys veiledning og informasjon om den hjelpen som samfunnet kan tilby. Etter å ha mottatt denne informasjonen er det kvinnen selv som skal ta det endelige valget om svangerskapsavbrudd. Den provoserte aborten må skje innen 12. svangerskapsuke for at kvinnen selv kan ta avgjørelsen. Skal aborten utføres etter de 12 ukene, må abortsøknaden i henhold til §5 (1975) fremsettes ovenfor en nemnd som avgjør utfallet. Da loven ble innført i 1978, satte Legeforeningen et krav om at helsearbeidere skulle ha rett til å reservere seg mot å være med på selve abortinngrepet (Petersen, 2001). Dette kravet ble godtatt og helsepersonell kan i dag ifølge Abortloven (1975) reservere seg på samvittighetsgrunnlag. I lovens forskrift §15 (2001), kan vi se at fritaket ikke gjelder helsepersonell som utøver stell og pleie til de abortsøkende kvinnene.

NRK dekket 8. mars-toget i 2014, der kvinnedagen ble brukt til å protestere mot regjeringens forslag om å endre loven til at leger i tillegg til å reservere seg mot abort, også kan reservere seg mot å *henvise* kvinner til abort. Det ble satt historisk rekord denne dagen, og mellom 10-15 000 mennesker møtte opp for å vise sin motstand til forslaget (Sund & Vevang, 2014). Dette viser at det også i dag er stort engasjement rundt kvinners rett til selvbestemt abort, og det store oppmøte gjorde at helseminister Bent Høie og KrF måtte trekke tilbake forslaget om lovendringen. Den endringen som derimot er gjort er at det ikke lenger er fastlegen som

skal henwise kvinnen til abort, men gi henne den informasjonen, veiledningen og hjelpen hun trenger for å opprette kontakt med sykehuset hvor hun kan få hjelp til å avbryte svangerskapet. Regjeringen mener med dette at behovet for reservasjon til henvisning vil forsvinne, det vil være et større fokus på legen som en profesjonell veileder fremfor hans personlige vurderinger (Kolberg, Sandvik, Solvang & Grønli, 2014).

3.5 Sykepleierens rolle

I arbeid med abort og abortforebygging møter man som sykepleier kvinnene på ulike arenaer og i ulike livsfaser. Det første møtet har ofte helsesøster, som underviser unge jenter i grunnskolen om prevensjonsbruk og seksualliv. Som sykepleier møter en kvinnene som kommer inn for å ta en abort først på gynekologisk poliklinikk og videre på gynekologisk sengepost på sykehuset. Der vil sykepleierens rolle være viktig i hele abortprosessen, før, under og etter. Før en abort kan gjennomføres, er det viktig at sykepleieren vurderer kvinnens evne til å gi og motta informasjon (Tabbutt-Henry & Graff, 2003). Pasienten kan være stresset og ha mange tanker rundt valget, og det kan derfor være vanskelig å forstå informasjonen som blir gitt. I informasjonen før en abort, skal det legges vekt på de ulike metodene som tilbys, den gynekologiske undersøkelsen før aborten, og mulige bivirkninger og komplikasjoner. For de kvinnene som er i tvil eller som har behov for en mer omfattende samtale, kan man henwise videre til egne veiledningstjenester for gravide. Amatheaklinikken er en slik tjeneste, det er et gratis tilbud og det finnes en klinikk i hvert fylke (Amatheia, 2015). Under selve aborten er sykepleierens rolle å være støttende hvis pasienten har behov for det. Det skal også vurderes smertepåvirkning, og administrering av legemidler deretter. Etter aborten er det spesielt viktig å ta seg tid til pasientens spørsmål og bekymringer, og være støttende til pasientens valg. Videre skal det gis informasjon om hva som kan forventes i etterkant av en abort, samt prevensjonsveiledning. Kvinnene får også med seg et informasjonsskriv (Tabbutt-Henry & Graff, 2003).

3.6 Komplikasjoner

Som de fleste andre inngrep, kan også provosert abort medføre komplikasjoner for kvinnen. Komplikasjonene kan oppstå både under og etter aborten. Vi opplevde på gynekologisk avdeling at flere av kvinnene ønsket kirurgisk fremfor medikamentell abort fordi smerteomfanget er lavere. Som nevnt tidligere gjøres kirurgisk abort under lokalanestesi eller i narkose. Selv om smertenivået er lavere, er faren for komplikasjoner høyere enn ved medikamentell abort. Komplikasjoner kan være infeksjon etter ufullstendig tømning av livmoren, perforasjon av livmorveggen eller skade på andre organer, samt pågående blødning. Dette kan igjen føre til sterilitet eller behov for operasjon. Ved medikamentell abort vil kvinnen oppleve sterke menstruasjonslignende smerter når fosteret drives ut, det blir derfor gitt smertestillende medikamenter forebyggende (Jerpseth, 2010). I praksis erfarte vi at kvinnene hadde ulike opplevelser av smerte. Noen sammenlignet det med svake menstruasjonssmerter, andre fortalte at det var like smertefullt som en fødsel. Størrelsen på fosteret så også ut til å være avgjørende for smertene under aborten. Vagitoriene som blir gitt kan også gi kvinnen andre plager som avføringstrang, hodepine, kvalme og oppkast. Komplikasjoner av medikamentell abort kan være blødning, eller infeksjon hvis fosterrester sitter igjen i uterinhulen (Jerpseth, 2010).

3.7 Etisk dilemma

Etiske dilemmaer er en valgsituasjon der alle alternativene medfører uønskede konsekvenser (Slettebø, 2012). Provosert abort er ofte et etisk dilemma for kvinnen som befinner i en slik situasjon. Det er for mange et vanskelig valg, og i praksis så vi ofte dilemmaet mellom ikke å ønske graviditeten, og samtidig ikke ønske å ta abort. En abort vil i hovedsak påvirke kvinnen, men kan også være et dilemma for den som står kvinnen nær, eller som kommer i kontakt med henne under prosessen. For en eventuell partner kan graviditeten være ønskelig, hun kan ha en venninne som har gått igjennom en spontanabort og som synes situasjonen er vanskelig, eller hun kan møte helsepersonell som i utgangspunktet er imot abort. Alle de involverte vil ha personlige meninger, livssyn og erfaringer, noe som gjør dette til et etisk dilemma. Som sykepleier møter en ofte etiske dilemma, og dette kan være en negativ

belastning om en ikke klarer å distansere seg. Det er viktig å være bevisst på at det er pasientens valg, ikke sykepleierens. At pasienter får bestemme selv over eget forløp og behandling, er både en juridisk og etisk rettighet (Slettebø, 2012).

3.8 Kommunikasjon med mennesker i krise

Mennesker kan havne i en krise når det skjer store livsendringer som ved sykdom, dødsfall og tap. En slik livshendelse kan gjøre at personen har vanskeligheter med å se sammenheng og mening med livet. En krise deles inn i ulike faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen. Disse fasene har ingen tydelig avgrensning, og kan oppleves ulikt fra person til person (Eide & Eide, 2007). Vi tenker at det kan oppleves som et sjokk når kvinnen finner ut at hun er gravid, fordi det ikke var forventet. Når kvinnen står ovenfor det vanskelige valget om hun skal velge provosert abort, kommer det frem ulike følelser og reaksjoner hun må bearbeide. Videre vil kvinnen gå inn i nyorienteringsfasen hvor fokuset ligger på livet videre. Dette påvirkes av valget som blir tatt, enten hun velger å fortsetter svangerskapet eller ikke.

Som helsepersonell møter vi mennesker i krise hver dag og man må derfor vite hvordan en skal opptre. Mennesker som opplever krise har behov for menneskelig kontakt, støtte og noen å dele følelser og tanker med. Kommunikasjon er et viktig redskap i møte med pasienten, og kan være til god hjelp for å kunne mestre krise. Sykepleieren har som oppgave å gi tilfredsstillende informasjon slik at pasienten får en større forståelse av egen situasjon. Pasienter som gjennomgår en vanskelig tid, kan noen ganger innta en forsvarsposisjon hvor de unngår å prate om temaet. I samtaler kan man få gi uttrykk for tunge og ubehagelige tanker, noe som kan lette pasientens bekymringer og gi en følelse av mestring. Det er pasientens opplevelse av krise, og det er den selv som må vise vilje og evne til å komme seg igjennom den vanskelige tiden. Helsepersonellet er en viktig støttespiller i denne prosessen, og kan hjelpe pasienten til å endre fokus og lettere komme tilbake til hverdagen (Eide & Eide, 2007).

I kommunikasjon med en person i krise er det viktig å vise at man har forståelse og aksepterer pasientens opplevelse av situasjonen. Dette kan gjøres gjennom aktiv lytting, og

skape en avslappet arena der pasienten føler seg trygg til å dele sine følelser. Som sykepleier er det viktig å tenke på kroppsspråk og hvordan man formulerer seg ovenfor pasienten. Vi har alle personlige meninger og tanker om ulike tema, og dette kan lett utstråles gjennom kroppsspråk. Sykepleieren skal holde seg nøytral i møte med pasienter som står ovenfor et etisk dilemma, og ikke ta parti i valget. Derfor er det viktig å være bevisst på valg av ord og ikke minst den non-verbale kommunikasjonen, kongruens er når det man sier samsvarer med det man viser gjennom kroppsspråket (Eide & Eide, 2007). Det må være svært frustrerende for en pasient om sykepleieren gir informasjon som ikke harmonerer med det kroppsspråket forteller. Det er viktig at kroppsspråket underbygger hensikten med samtalen, slik at pasienten føler seg trygg og forstår den informasjonen som blir gitt.

3.9 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en kjent teoretiker innenfor sykepleiefaget, og hennes ideer har hatt stor betydning for den omsorgsteoretiske utviklingen. Fundamentet i hennes tenkning er omsorgen mellom mennesker, og teorien har stadig vært under utvikling (Kirkevold, 1992).

Martinsen betegner omsorg som «hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske hverdagsliv» (2003, s. 69). Omsorg er en del av menneskets natur, og essensielt i forhold til hvordan man skal kunne leve i fellesskap med hverandre. Selv om det i dag fokuseres på egenomsorg og hjelp til selvhjelp, er vi avhengige av å vise omsorg i form av omtenksomhet og bekymring for å forstå den andres situasjon. Omsorg er en sosial relasjon mellom to mennesker som gjør oss i stand til å akseptere den andre med dens ressurser og begrensninger. Gjennom denne relasjonen utvikler vi felles erfaringer, og man vil lettere forstå den andre og hvordan hun forholder seg til sin situasjon. Ved å ha en slik holdning til den andres situasjon, vil omsorgen til pasienten være *ekte* (Martinsen, 2003). I følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere punkt 2.3 «skal sykepleieren ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg» (2011, s. 8). Omsorgen står svært sentralt i sykepleierens yrkesutøvelse for å kunne gi pasienten en følelse av trygghet, aksept og medmenneskelighet i en vanskelig situasjon.

Kari Martinsen legger vekt på omsorgen til den *syke* pasienten, vi må derfor stille oss kritiske til hennes omsorgsteori da vi ikke ser på den abortsøkende kvinne som «syk». Omsorgen er derimot et viktig aspekt innenfor sykepleien, også rettet mot den abortsøkende kvinnen. Martinsen skriver også om omsorgen til den generelle pasient, og hvordan vi som sykepleiere kan anvende omsorgen til å skape en bedre relasjon og større forståelse av situasjonen. Hun deler omsorgsbegrepet i tre ulike dimensjoner; den relasjonelle-, den praktiske-, og den moralske dimensjonen (Martinsen, 2003). Med den relasjonelle dimensjonen mener hun forholdet mellom mennesker, og at vi er avhengige av hverandre. Alle mennesker vil komme i en situasjon hvor en har behov for hjelp fra andre, og da er det viktig å behandle andre slik som vi ønsker å bli behandlet selv. Omsorg beskrives også som et praktisk begrep, som går utover det å bare synes synd på en annen person og man utfører en konkret handling som har til hensikt å hjelpe vedkommende. Hjelpen skal basere seg på den enkelte pasientens behov, og ikke bare ut i fra det forventede resultatet. Det er nødvendig med en god situasjonsforståelse fra hjelperen, slik at det blir en balanse mellom å ikke overta for mye av ansvaret og gi pasienten mulighet til selvbestemmelse. Den moralske dimensjonen baserer seg på engasjementet i relasjon til den som trenger hjelp, ved å forstå den andres situasjon basert på kunnskap og bevissthet. En slik omsorgsmoral læres gjennom erfaringer (Martinsen, 2003). Vi mener dimensjonene gir oss en forståelse for hvordan man som sykepleier kan ivareta de abortsøkende kvinnene og gi dem den omsorgen de har behov for. Derfor ser vi det vesentlig å trekke omsorgsteorien opp mot vår andre problemstilling.

4. Funn

Vi har valgt å ta i bruk syv forskningsartikler i vår oppgave, og har valgt å plassere dem i underkapitler som samsvarer med funnene i forskningen.

4.1 Oppvekst og vilkår

I studien av Pedersen, Samuelsen og Eskild (2006) ble 1520 kvinner fulgt fra de var i tenårene til de var unge voksne. Det ble brukt spørreskjema for å samle informasjon, og funnene viser en sammenheng mellom oppvekst og provosert abort. Kvinner med skilte foreldre, dårlig oppvekst og alkoholmisbruk i hjemmet hadde høyere risiko for provosert abort. Pedersen gjorde en ny forskning i 2007 hvor han tok for seg brukere av nødprevensjon og abort. Han fulgte 769 kvinner fra de var 15-27 år. Resultatet viser at blant de kvinnene som tok abort hadde 34 % av dem atferdsvansker da de var i 15 års alderen, 29 % hadde en vennekrets med atferdsvansker, 29 % hadde depresjon i 15 års alderen, og 54 % av dem hadde svakt foreldretilsyn igjennom oppveksten. Aléx & Hammarström gjorde i 2004 en forskning på kvinners opplevelse av å ta en provosert abort. Det ble i denne undersøkelsen intervjuet fem kvinner i alderen 19-33 år, en måned etter utført abort. Funnene i forskningen viser at kvinnes valg om å ta provosert abort ble påvirket av deres opplevelser i barndommen, deres partnere og venner, og av miljøet rundt.

4.2 Utdanning og sosial klasse

Pedersen et al., (2006) fant sammenheng mellom utdanning, sosial klasse og provosert abort i sin forskning. Resultatet viser at av de 813 kvinnene med lavere utdanning enn høyskolenivå var det 32 % som hadde tatt en abort, sammenlignet med de 707 kvinnene med høyere utdanning, hvor det kun var 12 % som hadde tatt en abort. Konklusjonen i forskningen var at kvinner med lav utdanning hadde høyest risiko for provosert abort, og at det var lavere abortrisiko hos kvinner som hadde foreldre med høy utdanning. Forskningen Pedersen gjorde i 2007 viser også en høyere risiko for abort ved lavere utdanning. 30 % av

kvinnene som tok en abort hadde ikke sluttført videregående skole, mens 7 % av disse hadde utdanning på universitet og høgskolenivå.

4.3 Et vanskelig valg

Studien av Aléx & Hammarström (2004) viser at kvinnene i undersøkelsen gikk gjennom en vanskelig og ambivalent prosess før de skulle ta det avgjørende valget. Å kunne gi barnet en lykkelig barndom, ønsket om ikke å være alenemor, og deres økonomiske situasjon var blant faktorene som hadde påvirkning på valget. Forskningen viser at kvinnene som var under 20 år følte de var for unge til å bli mødre, og hadde et ønske om at graviditeten skulle være planlagt. Fryktede komplikasjoner som sterilitet og redselen for å angre på valget senere i livet var også av betydning.

4.4 Psykiske reaksjoner

Aléx & Hammarström (2004) fant også at flere av kvinnene som ble intervjuet i tiden etter aborten brukte ord som «kald», «ondskapsfull» og «stygg» for å beskrive seg selv. Kvinnene fortalte at aborten førte til psykiske reaksjoner som skyldfølelse og fremmedgjøring. En av kvinnene fortalte at hun følte skam over å blø og skitne til en sykeseng som andre kunne hatt større behov for. Enkelte følte at det var feigt av dem å velge den letteste veien ut av problemet. I 2009 gjorde Broen, Moum, Bødtker og Ekeberg en undersøkelse på kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. 109 kvinner deltok, hvorav 39 kvinner spontanaborterte og 70 kvinner valgte provosert abort. Kvinnene ble intervjuet ti dager, seks måneder, to år, og fem år etter aborten. Forskningen viser at kvinner som tok provosert abort ikke hadde like sterke reaksjoner rett etter aborten som kvinnene som spontanaborterte, men at de derimot hadde mer langvarige psykiske plager. Kvinnene som tok provosert abort hadde mye høyere skår på angst enn den generelle befolkningen ved alle intervjuetidspunkt. Skåren på depresjon var også betydelig høyere hos disse kvinnene ved de to første intervjuetidspunktene. Resultatene viser også at disse kvinnene hadde problemer med å møte hverdagen i tiden etter aborten. Noen fortalte at de kviet seg for å besøke familie og venner

som nylig hadde fått barn, se tv-programmer som omhandlet graviditet og abort, og unngikk diskusjoner rundt abort.

4.5 Reservasjonsretten

Hagen, Hage, Magelssen og Nortvedt gjorde i 2011 en forskning på medisinstudenters, både menn og kvinners, holdninger rundt provosert abort og reservasjonsretten. 514 studenter på tvers av fire norske fakulteter deltok i undersøkelsen. Funnene i undersøkelsen viste at 87,5% av studentene var for selvbestemt abort. 18,6% av studentene som var tilhengere av selvbestemt abort ønsket allikevel å ta i bruk reservasjonsretten. Alle fakultetene hadde undervisning om temaet, men 29% av studentene mente at det ikke var tilstrekkelig undervisning om etikken rundt abort.

4.6 Behov for økt innsats fra helsepersonell

Resultatene fra Aléx & Hammarströms forskning fra 2004 viser at kvinnene i undersøkelsen mente at helsepersonell må være mer bevisst på kvinnes ulike opplevelser, både før, under og etter aborten. Dette mente de kunne gjøre det lettere for helsepersonell å støtte og styrke de abortsøkende kvinnene. Kvinnene beskrev både positive og negative møter med helsepersonellet. En av kvinnene følte at helsepersonellet var støttende, positive og informative, mens en annen opplevde helsepersonellet som uvitende, følelsesløse, og negative. Broen et al. (2009) konkluderer også i sin forskning at innsatsen fra helsevesenet må økes i forhold til kvinner som velger å ta en provosert abort.

4.7 utfordringer for helsepersonell

Aléx & Hammarström(2004) fant ut at abort var en stor påkjenning for helsepersonellet, og at også de kan trenge støtte til å takle de følelsesmessige utfordringene i møte med

abortsøkende kvinner. Lindström et al. gjorde i 2011 en studie for å se nærmere på helsepersonellens meninger og erfaringer i arbeidet med provosert abort. 25 gynekologer og 15 jordmødre/sykepleiere fra tre forskjellige sykehus deltok i samtaler hvor temaet ble diskutert. Funnene viser at til tross for vanskelige situasjoner, hadde deltakerne i studien ikke noe imot å jobbe med provosert abort. Sykepleierne svarte at det kunne være utfordrende å ikke vise egne følelser og være profesjonell. Det hendte seg at noen av dem gikk inn på badet for å gråte da situasjonene ble for tøffe. Sykepleierne synes det var spesielt vanskelig å møte kvinnene med forståelse da de kom inn for provosert abort flere ganger. Sykepleieren følte skyld da hun kanskje ikke hadde gitt god nok prevensjonsveiledning, men følte også frustrasjon og sorg på kvinnens vegne.

4.8 Behov for støtte fra familie og venner

Aléx & Hammarstöms (2004) studie viser at støtte fra familie og partner hadde påvirkning på valget om de skulle ta abort eller ikke. Kvinnene fortalte at støtte i abortprosessen var med på å redusere følelsen av ensomhet og tristhet. Flere av de abortsøkende kvinnene fikk lite eller ingen støtte fra deres foreldre under oppholdet på sykehuset. Styrken på forholdet til partneren etter aborten var varierende. Noen forhold hadde ikke forandret seg, mens andre var sterkt påvirket av situasjonen. En kvinne fortalte at partneren forlot henne da han fikk vite at hun var gravid, men at han tok opp kontakten igjen etter aborten. En annen kvinne, som hadde tatt abort to ganger, ga uttrykk for at hun ønsket at partneren skulle prate mer med henne angående aborten.

4.9 Rådgivning

Torunn Omland Granlund (2003) gjorde en forskning på hvem som oppsøker stiftelsen Alternativ til Abort i Norge (AAN), som driver rådgivning for gravide i en vanskelig situasjon. AAN heter i dag Amatheaklinikken (NHI, 2012). Totalt 35 197 konsultasjoner ble registrert og analysert i perioden mellom 1997 til 2000. Resultatene fra forskningsartikkelen viser at det også var andre enn kvinnen som tok i bruk veiledningstjenesten. Av disse var de

fleste partner, kjæreste, samboer eller barnefaren, men også venner og familie tok kontakt. Forskningen viser at 63 % av kvinnene som besøker stiftelsen er gravide, og 79 % av disse er mindre enn 12 uker på vei. Hovedtemaet for samtalen var hos halvparten av kvinnene valget mellom å avbryte eller fullføre svangerskapet. Aléx & Hammarström (2004) trekker frem viktigheten med rådgivning for kvinner som tar abort, og foreslår egne samtalegrupper hvor kvinnene kan diskutere deres positive og negative opplevelser med hverandre og helsepersonell.

4.10 Kulturforskjeller

Gilliam og Haider gjorde i 2014 en forskning hvor hensikten var å se på risikoen og omfanget rundt utrygg abort på verdensbasis. Denne artikkelen er en analyse av ulike forskninger som tidligere er gjort på området. Forskningen viser at det i dag er mange farlige metoder som blir tatt i bruk ved provosert abort og som er med på å true kvinners helse og liv. De fant at det på verdensbasis er 42 millioner aborter årlig, og at 20 millioner av disse er utrygge. 98 % av utrygge aborter skjer i utviklingsland (Gilliam & Haider, 2014).

5. Drøfting

Vi har valgt å dele drøftingen i to deler, en del for hver av problemstillingene. Her vil vi diskutere funn fra forskning og litteratur, samt egne erfaringer rundt temaet. Den siste problemstillingen vil gå ut ifra de tre dimensjonene i Kari Martinsens omsorgsteori.

5.1 Hvorfor søker unge kvinner i Norge abort, og hva kan bidra til å redusere aborttallene?

Sett ut ifra funnene i forskningen, er dårlig oppvekst, lav utdanning og lav sosial klasse risikofaktorer for at unge kvinner tar abort i Norge. Man kan spørre seg om hvorfor disse kvinnene er mer utsatt for å ta en abort enn kvinner med høyere utdanning og god oppvekst. Pedersen (2007) fant i sin artikkel at de med høyere utdanning oftere tok i bruk nødprevensjon, og derfor ikke kom så langt som til valget om å ta en abort. Nødprevensjon, også kjent som angrepille, er et reseptfritt legemiddel som inntas etter ubeskyttet samleie for å hindre uønsket graviditet. Vi mener at sammenhengen mellom utdanningsnivå og abort kan være et resultat av hvor mye kunnskap en innehar om sin egen kropp, seksualliv, prevensjon og hvilke alternativer som finnes om en blir uønsket gravid. Om man ikke har høyere utdanning enn grunnskolenivå, kan det være vanskelig å vite hvilke tilbud man har tilgang på. Selv har vi erfart god veiledning og informasjon fra helsesøster på videregående skole, et tilbud de som ikke velger videre utdanning vil gå glipp av. Ut i fra egne erfaringer og etter samtale med venner og bekjente, ser vi at det med fordel kunne vært mer fokus på konsekvenser av samleie og prevensjonsbruk i grunnskolen. Alle vi har pratet med har gått på forskjellige skoler, men ingen av oss hørte noe om temaet abort. Pedersen et al. (2006) fant i sin studie at kvinner med lavere utdanning eller foreldre med lavere utdanning hadde større sannsynlighet for å ta en abort. Vi mener at god informasjon i grunnskolen vil være hensiktsmessig i forebyggingsarbeidet rettet mot abort, og at det da vil inkludere flere, uavhengig av ens egen eller foreldrenes utdanning. Svakt foreldretilsyn, skilte foreldre og alkoholmisbruk i hjemmet blir også trukket frem i Pedersens (2007) forskning som underliggende årsaker til at unge kvinner tar abort. Med slike neglisjerende forhold i hjemmet, vil kanskje ikke samtalen om «sikker sex» bli prioritert da foreldrene kan ha nok med seg selv og sine problemer. I *Neglisjert som barn* (2013) forteller anonyme brukere i

forum om hvordan en tøff oppvekst har påvirket deres ungdoms- og voksenliv. Flere hadde en barndom som var preget av manglende tilstedeværelse og omsorg fra foreldrene. En anonym kvinne forteller at foreldrene slet med psykiske problemer og alkoholmisbruk. Hun ble dermed ofte etterlatt til seg selv, noe som senere har ført til psykiske plager og vanskeligheter med å bygge relasjoner med andre mennesker. En annen kvinne skriver at hun som barn ble følelsesmessig avvist av sin stefar, og at dette hadde ført til et sterkt behov for oppmerksomhet fra andre menn, gjennom sex. Hun fortalte også at hun ofte fant menn som behandlet henne dårlig, fordi det kun var slik oppførsel og holdninger hun hadde kjennskap til. Med disse eksemplene kan vi se at problemer gjennom oppveksten og psykiske plager kan føre til at kvinnene havner i vanskelige situasjoner, og om de blir gravide vil kanskje abort være den mest gunstige løsningen. Forskning viser også at kvinner med atferdsvansker og depresjon i ung alder, og venner med atferdsvansker, har større risiko for å ta en abort (Pedersen, 2007). Hadde omstendighetene vært annerledes, der kvinnene fikk støtte fra familie/venner og et trygt forhold til barnefaren, kunne det kanskje vært et enklere valg å beholde barnet.

Som ung kvinne i Norge i dag, er det ikke bare familie, partner og venner som kan være med å påvirke valget om å ta abort. Det finnes både ytre og indre påvirkninger som kan gjøre valget vanskelig. Aléx og Hammarströms (2004) studie viser at abortsøkende kvinner går igjennom en ambivalent prosess før de tar den avgjørende beslutningen. Kvinnene ønsket blant annet ikke å bli alenemor, de følte de var for unge til å få barn, og den økonomiske situasjonen var vanskelig for mange. Flere av kvinnene i studien fortalte at de ønsket å kunne planlegge graviditeten slik at barnet hadde de beste forutsetningene for en god oppvekst. I dagens samfunn stilles det uskrevede krav til det «perfekte» liv, spesielt igjennom media. Et nytt fenomen innenfor sosiale medier er «blogg», hvor privatpersoner forteller om sine liv i bilder og tekst. Noen av de mest populære bloggene fremstiller det som for mange ser ut som et perfekt liv. Her kles barna i designerklær, hjemmene ser alltid nyvasket ut, et kjærlighetsfylt forhold til barnefaren, familien reiser på flere utenlandsturer i året, og trening og kosthold er høyt prioritert, selv som nybakt mamma. På den mest leste bloggen i dag, som er en mammablogg, er det over 100 000 visninger per dag. Dette viser at det er mange som er interesserte i bloggernes liv (Blogglisten, 2015). I dag streber kvinner etter det perfekte livet, og velger abort selv om de har de beste forutsetninger for å kunne gi barnet en god oppvekst. Sammenliknet med debatten som pågikk på tidlig 1900-tallet, hvor flere mente at kvinnene fortjente dødsstraff for å velge å ta en abort (Aanesen, 1981). Vi ser tydelig at ytre

press fra samfunnet har vært en del av abortproblematikken i flere hundre år, men fokuset er et helt annet i dag. Selv om presset fra sosiale medier kan ha en negativ innvirkning på unge kvinner, er det også en del positive sider ved å ha aborttemaet oppe til diskusjon. 8 mars i 2014 gikk 10 – 15 000 mennesker i tog mot regjeringens lovforslag om at leger kan reservere seg fra å henvise kvinner til abort. Helseminister Bent Høie uttalte til NRK «jeg har stor respekt for de som har engasjert seg i diskusjonen. Det har vært mange tydelige stemmer. Vi har løftet viktige etiske spørsmål opp til en bred og folkelig diskusjon» (Sund & Vevang, 2014). Det store engasjementet fra det norske folket førte til at lovforslaget ble trukket tilbake, og dette viser at det å ytre sin mening har en betydning for abortpraksisen. Med dette ser vi at flertallet ønsker at muligheten for å kunne ta en abort skal være lett tilgjengelig, selv om valget for den enkelte kvinne aldri vil være lett. Unge kvinner i Norge i dag som søker en abort vil ofte bli påvirket av andres meninger og holdninger, om det er familie, partner, venner, politikk, religion, eller en totalt ukjent person som ytrer sin mening gjennom sosiale medier. Holdninger fra helsepersonellet kan også ha en stor innvirkning på hvordan kvinnen opplever abortprosessen. I forskningen til Hagen et al., (2011) kommer medisinstudentenes holdninger til provosert abort frem, det viser at flesteparten av medisinstudentene var for selvbestemt abort, men at nærmere 20 % av disse ønsket å reservere seg. Dette viser et liberalt syn på den aborterende kvinnens rettigheter, selv om flere ikke ønsker å delta i selve abortprosessen. Vi mener at hvis kvinner møter leger som uttrykker at de ikke ønsker å ta del i aborten, er det spesielt viktig at vi som sykepleiere tar imot kvinnen med støttende og positive holdninger.

Regjeringen kom i 1999 ut med en rapport som baserer seg på kvinnehelsen, og inneholder blant annet hvilke tiltak som bør gjøres for å redusere antall provoserte aborter. Det kom frem i rapporten at det trengs mer forskning på området og økt kunnskap hos den generelle befolkningen. Forskningen skal basere seg på beslutningsprosessen før en abort, og det bør settes i gang tiltak som skaper åpenhet og bedre tilgang på prevensjon slik at hver enkelt tar ansvar for sin egen reproduksjon. Menn og den ikke-gravide kvinnen er en målgruppe for tiltakene, og det skal fokuseres på å gi god informasjon i forebyggingen. Grunnlaget for dette er at det kan ses en sammenheng mellom «one night stands» og provosert abort, dette på grunn av lav eller ingen bruk av prevensjon, høyt alkoholkonsum, og ofte liten kjennskap til seksualpartner. Det skal også legges vekt på økt innsats fra helsetjenesten i form av informasjonsgivning og forbedring av kvaliteten på tjenestene som allerede er tilgjengelige (Regjeringen, 1999). Selv mener vi det bør legges vekt på et større tilbud om

prevensjonsveiledning og seksualundervisning i grunnskole og videregående, og at helsesøster bør ha en sentral rolle. Det er viktig å møte ungdommen på ulike stadier, slik at en kan forsikre seg om at informasjonen som blir gitt når frem til mottakeren. Den som skal lede undervisningen må være åpen, profesjonell og kunne tilpasse informasjonen til alder, kjønn og modenhet. Stortinget bevilget i fjor 180 millioner kroner til å styrke helsesøstertjenesten i kommunene, men bare halvparten av kommunen brukte pengene til tjenesten. Anne Kjersti Myhre Steffenak som selv er helsesøster og lektor ved Høgskolen i Hedmark sier at helsesøster er en viktig ressurs i forebyggingen av psykiske plager blant ungdom. En helsesøster alene har i dag ansvaret for 300 elever på barneskolen, 550 elever på ungdomskolen, eller 800 elever på videregående. Med dette kan vi se at behovet for flere helsesøstre er stort. Det å skulle være tilgjengelig for så mange barn og ungdom alene vil bli en utfordring (Løberg, 2014). Det kan bli problematisk for helsesøstre å øke fokuset på prevensjon- og seksualundervisning når ressursene er så mangelfulle. Selv mener vi at ved å øke innsatsen på forebygging i grunnskolen og videregående, vil vi kanskje se en nedgang i provoserte aborter blant unge, og spare dem for den psykiske påkjenningen rundt det å ta en provosert abort.

Vi ser at noen kvinner har større risiko for å ta abort, og forutsetninger på dette kan være oppvekst, psykiske helse og utdanning. Skolen virker til å være en sentral arena for å møte både de som er i risikozonen, men også unge kvinner og menn generelt. Her kan det bli gitt viktig informasjon og opplysning, som kan være med på å forebygge. Unge kvinner i dag opplever press fra samfunn, familie, partner og venner, og dette kan påvirke valget om å ta abort.

5.2 Hvordan ivareta den abortsøkende kvinnen på sykehus?

5.2.1 Sykepleierens ivaretagelse av kvinner som søker abort

Som sykepleier skal vi møte og ivareta den abortsøkende kvinnen i sykehus. I følge Eide og Eide (2007) karakteriseres god omsorg som å leve seg inn i andres situasjon, god faglig kunnskap, og kunne handle ut i fra pasientens beste. Dette samsvarer med Kari Martinsens (2003) praktiske dimensjon for omsorg, som baserer seg på å hjelpe pasienten ut i fra dens

tilstand og ikke det forventede resultatet. Som omsorgsperson er det viktig med god situasjonsforståelse, slik at det utøves en balansegang mellom å ikke å ta over for mye av ansvaret, men heller ikke overlate for stor del av ansvaret til pasienten. Dette er fordi vi skal hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv. Vi vil møte mange ulike kvinner, som alle har ulike behov, erfaringer og tanker. Det er sykepleierens oppgave å tilegne seg kunnskap og erfaring for å kunne møte de ulike kvinnene på en best mulig måte. Vi har erfart i praksis at flere av de abortsøkende kvinnene ønsket at vi skulle hjelpe dem med å ta valget. De kunne komme med spørsmål som «hva synes du jeg bør gjøre?», «hva er det riktige valget for meg?» eller «hva hadde du gjort hvis du var i min situasjon?». Som sykepleier skal en forholde seg nøytral og profesjonell i møte med pasienten og ikke ytre sine egne meninger og tanker om situasjonen. Derfor er det viktig å få frem at dette er pasientens valg og at hun må ta det alene. Vi skal gi tilstrekkelig informasjon slik at kvinnene får et godt nok grunnlag til å kunne ta et selvstendig valg de kan være tilfreds med i ettertid. Dette kan ses i henhold til Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011) hvor sykepleieren skal «fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått».

I tillegg til å gi kvinnene god informasjon og veiledning, har sykepleieren også andre praktiske oppgaver i møte med den abortsøkende kvinnen. Det er viktig å ivareta kvinnen ved å dekke hennes grunnleggende behov den tiden hun er på sykehuset. Sykepleieren må se til at kvinnen blant annet får i seg mat og drikke, er tilstrekkelig smertelindret, at hun får nok hvile under abortprosessen, og føler seg trygg og ivaretatt. Ofte kan en abort medføre relativt stor blødning og det er derfor viktig at sykepleieren legger til rette for at kvinnen får det så behagelig som mulig. Vi opplevde også i praksis at de abortsøkende kvinnen ofte ble mer overlatt til seg selv, og at sykepleieren brukte mer tid inne hos for eksempel kreftpasienter, eller kvinner som spontanaborterte. Resultatet fra forskningsartikkelen til Broen et al., (2009) viser at økt innsats fra helsevesenet kan redusere kvinners psykiske ettervirkninger. Da ser vi at selv om denne pasientgruppen ofte er oppegående og selvhjulpne, har også *de* behov for å bli sett og ivaretatt.

Ut i fra et historisk perspektiv og samfunnets holdninger, ser man at det har vært/og er vanskelig for kvinner som velger provosert abort. Abortshistorien i Norge har vært preget av straff i form av sterilisering, fengsel, død, psykiatrisk behandling, og å bli utstøtt fra samfunnet. Kvinner har i dag selvbestemmelsesrett og det er lagt til rette for at enhver kvinne kan ta provosert abort innen uke 12. i svangerskapet. Det er i dag også større åpenhet

rundt teamet, noe som både kan ha positive og negative innvirkninger. Selv om selvbestemt abort er en lovpålagt rett, har mange fremdeles fordommer. Dette kan en tydelig se gjennom de mange debattene som har utspilt seg gjennom de siste femti årene. Det har blant annet vært diskutert legers reservasjonsrett, at loven skal gå tilbake til nemndsbestemmelse for provosert abort også før 12. svangerskapsuke, og om man skal øke det økonomiske bidraget for mødre for å hindre at flere tar abort (Eskild, 2014). I tillegg til diskusjonen om lovendring og forebygging av uønskede svangerskap, finnes også debatter rundt utfordringene med dagens teknologi. I dag er det mulig i noen land å «bestille» barn med ønskede egenskaper, atferd og utseende etter foreldrenes ønske. Det kan velges farge på øyne og hår, og i fremtiden kan det være mulig å velge egenskaper som høyde, intelligens og atferd (Hofmann, 2012). Vi mener abortdebatten og mediedekningen kan være positiv fordi det gir en større åpenhet rundt kvinners utfordringer og opplevelser i en abortprosess, men at det også kan skape urealistiske forventninger til det «perfekte familieliv». Det kan også gjøre bearbeidelsesprosessen for kvinner som har tatt provosert abort vanskelig, da de stadig vil bli minnet på valget de har tatt.

Det virker avgjørende for en god relasjon til kvinnen, at sykepleieren klarer å sette seg inn i hennes situasjon. Sykepleieren må se hele pasienten, både behov for samtale og ivaretagelse av grunnleggende behov. Kvinnen står i dag ovenfor andre utfordringer enn det de abortsøkende kvinnene stod ovenfor før, og det er viktig at sykepleieren innehar kunnskap om dette.

5.2.2 Interaksjon med den abortsøkende kvinne

Psykiater Anne Nordal Broen et al., (2009) har forsket på kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. Studien viser at kvinner som har tatt en provosert abort hadde langvarige psykiske plager i årene etter aborten. Kvinnene som valgte provosert abort fortalte at de slet med angst, depresjon, skyldfølelse, og å forholde seg til situasjoner hvor graviditet og abort var et tema. Som nevnt tidligere, skriver Eide og Eide (2007) at mennesker kan oppleve krise ved for eksempel tap og store livsendringer. Dette kan knyttes opp mot provosert abort, hvor kvinnen kan oppleve tap hvis hun velger å fullføre aborten, eller en stor endring i livet uavhengig av valgets utfall. Gjennom å lese Britt Karin Larsens bok «Du er likevel til», får vi et innblikk i hvordan hun selv opplevde å ta en provosert abort.

Dette er kun én kvinnes erfaringer, men det kan allikevel gi oss en oppfatning av hvilke tanker som kan dukke opp i en abortprosess. Larsen (1989) skriver:

Er skammens tid forbi nå, kan vi føde våre barn med glede eller velge svangerskapsavbrudd under trygge former? Vi kan velge, men ofte har vi ikke noe valg. Og skammens tid er slett ikke forbi. Ingen snakker på butikken om sin seneste abort. Om det barnet de ville hatt, hvis... Det vondeste av alt bærer vi alene. Og det er paradokset, at noe så alvorlig skal være så privat, noe som angår så mange. Vi har ingen å snakke med før det er for sent. Vi har ingen å snakke med da heller. (s. 40-41)

I dette utdraget ser vi hvordan skam og skyldfølelse påvirker kvinnens hverdag etter en provosert abort, og i tillegg kommer behovet for samtale før, under og etter aborten tydelig frem. Sett ut i fra Eide og Eides (2007) definisjon på krise, kan man se at den samsvarer med de følelsene Larsen beskriver i sin historie, i form av tap og livsendring. Som sykepleier i møte med abortsøkende kvinner som opplever krise før, under eller etter aborten, er det viktig å vise aksept og forståelse for pasientens situasjon uavhengig av egne meninger. Kari Martinsen (2003) plasserer forholdet mellom mennesker inn i den relasjonelle dimensjonen i sin omsorgsteori. Hun skriver at alle mennesker vil ha behov for hjelp gjennom livet, og at vi derfor er avhengige av hverandre. Slik vi forstår den relasjonelle dimensjonen i en sykepleiers perspektiv, skal man utøve omsorg til den hjelpetrengende slik som en selv ønsker å bli behandlet. Vi mener at vi med dette vil kunne oppnå en god relasjon til pasienten som befinner seg i en krise, og at kvaliteten på sykepleien blir best mulig. Det er flere elementer som er med på å bygge opp en god relasjon til kvinnene, og mye er avhengig av sykepleierens vesen. For at kvinnen skal føle seg sett og hørt, må sykepleieren være bevisst på at den kroppslige- og den verbale fremtoningen er kongruent (Eide & Eide, 2007). Det må være svært frustrerende for en pasient om sykepleieren gir informasjon som ikke samsvarer med det kroppsspråket forteller. Valg av ord i samtalen med den abortsøkende kvinnen kan ha stor påvirkning på hennes psykiske reaksjoner rundt aborten. Det kan for eksempel føles mer nærliggende og brutalt hvis helsepersonell velger å bruke ordet «barn» kontra å bruke ord som «frø» eller «embryo». Det vil derfor være gunstig å ha erfaring i kommunikasjon med abortsøkende kvinner, slik at man er klar over hvilke konsekvenser «dårlig» kommunikasjon kan ha.

Pasienter som er i en følelsesmessig vanskelig fase, kan føle usikkerhet i forhold til sykepleierens evne til å kunne sette seg inn i deres situasjon. Det er derfor viktig å vise faglig

kunnskap og selvsikkerhet ovenfor pasienten, slik at hun føler trygghet og har de beste forutsetninger for å kunne ta et selvstendig og riktig valg for seg selv (Eide & Eide, 2007). Gjennom aktiv lytting, omsorg og ved å fremme grunnleggende kunnskap rundt temaet, kan vi som sykepleiere hjelpe den abortsøkende kvinnen til å ta et valg som hun kan stå inne for. Å ha god kontakt med kvinner som skal ta provosert abort, kan gjøre at hun lettere vil kunne åpne seg og bearbeide følelser også før aborten skjer. Forskningen til Aléx og Hammarström (2004) viser at kvinner slet med å skulle ta det endelige valget før en provosert abort. De fortalte at valget blant annet ble påvirket av deres partner, familie og økonomiske situasjon. Flere av kvinnene var også ambivalente i etterkant av aborten og var usikre på om de hadde gjort det rette valget. Følelsene kunne veksle mellom både lettelse og sorg (Aléx & Hammarström, 2004). Det må være en vond følelse å angre på valget etter en provosert abort. Vi mener at sykepleiere, ved god vurdering av kvinnens behov, kan være med på å forebygge at dette skjer. Ser man at kvinnen er ambivalent før den provoserte aborten, kan det for eksempel være lurt å anbefale samtale hos Amatheia før man setter i gang en abort.

I praksis erfarte vi at den informasjonen som ble gitt av sykepleieren, både ved sengepost og poliklinikk, var faglig og konkret i forhold til selve abortprosessen og komplikasjoner. Vi opplevde at det var lite prat om følelser og psykiske reaksjoner, og savnet bedre tid til en mer personlig samtale. Ved poliklinikk blir pasienten satt opp til time, slik at sykepleieren kun har ansvar for én og én pasient om gangen. Er det fulle timelister, er det lite rom for å gå utover den tiden som er satt opp hvis kvinnen har behov for en lengre samtale. Dette er kvinner som selv har fremsatt en begjæring om svangerskapsavbrudd, men vi opplevde stor usikkerhet rundt avgjørelsen om abort også hos disse. På sengeposten vil anledningen til å prate med pasienten avhenge av hvor travel avdelingen er. Det kan være mange hjelpetrengende pasienter, mye medisiner som skal deles ut, eller akutte situasjoner kan oppstå som gjør at tidsbruken hos hver pasient må vurderes etter behovet for hjelp. Vi opplevde at det både på sengepost og poliklinikk ble gitt informasjon om veiledningstjenester som kunne tilby samtaler for dem som ønsket å prate om vanskeligheter rundt valget før en provosert abort, eller for dem som allerede hadde tatt en abort og som hadde et behov for å bearbeide opplevelsen. I følge Granlund (2003), oppsøkte totalt 35 197 mennesker Amatheaklinikken i perioden 1997 til 2000. Av disse var det ikke bare abortsøkende kvinner, men også kvinnens pårørende. Dette viser at det faktisk er et behov for en mer utfyllende samtale enn det som blir gitt på sykehuset. Klinikken har som visjon å styrke kvinnene til å ta egne valg, og er tydelige på at det er kvinnens verdier som står i

fokus (Amathea, 2015). Forskningen viser at også menn oppfordres til å bruke stiftelsen, fordi deres holdninger kan ha innvirkning på kvinnens valg (Granlund, 2003). Sammenliknet med Aléx og Hammarström (2004) ser man at også kvinnen ønsket at mannen skulle være mer delaktig og vise mer engasjement rundt aborten. Regjeringen nevnte i sin rapport fra 1999 at det skulle legges mer vekt på å øke kunnskapen rundt prevensjon og graviditet hos menn, som et tiltak for å forebygge uønskede svangerskap. Med dette kan man se nødvendigheten med å inkludere de pårørende i abortprosessen.

Vi ser at provosert abort kan gi psykiske reaksjoner og utfordringer, og det er derfor viktig å skape en god relasjon til kvinnene slik at det blir lettere for dem å dele tanker og følelser. For å oppnå dette er god kommunikasjon, i form av at det verbale og non-verbale samsvarer med hverandre, vesentlig i møte med kvinnene. Sykehuset kan være travelt, og de kvinnene som har behov for en mer utfyllende samtale kan henvises videre til Amathea klinikken. Det ser også ut til at det er viktig å inkludere partner eller familie i slike samtaler, fordi det kan gi en større forståelse rundt beslutningen til kvinnen og hjelpe henne i abortprosessen.

5.2.3 Å forstå den andre

Som sykepleier møter man kvinner med ulike opplevelser, erfaringer og meninger om abort, som alle skal møtes med respekt og forståelse. Kari Martinsen (2003) baserer den moralske dimensjonen på evnen til å forstå den andres situasjon gjennom kunnskap og bevissthet, og at dette læres ut i fra våre erfaringer i møte med hjelpetrequende. Sykepleieren skal bruke sin kunnskap og erfaring for å kunne hjelpe de abortsøkende kvinnene, til tross for ulike meninger, både fra sykepleierens og pasientens side. Kvinnen som tar abort befinner seg ofte i et dilemma mellom å fortsette eller avslutte svangerskapet. Selv om det ikke er helsepersonellet som skal ta valget, må vi allikevel forholde oss til de ulike kvinnenes meninger og holdninger. Dette kan være vanskelig for helsepersonellet, fordi valget kvinnen tar kan stride imot de moralske prinsippene en selv står for. ICNs etiske regler for sykepleiere (NSF, 2011) sier at sykepleieren skal ta vare på sin egen helse slik at sykepleien de utøver ikke mister sin kvalitet. Vi forstår dette til å gjelde både sykepleierens psykiske og fysiske helse. Vi kan se dette i sammenheng med funnene til Aléx og Hammarström (2004), som viser at abort var en stor utfordring for helsepersonellet som deltok, og at også de kunne trenge psykisk støtte.

Det har vært mye fokus både i media og i politikken om hvordan leger påvirkes i arbeid med provosert abort. Legen kan ifølge Abortlovens forskrift §15 (1975) av samvittighetsgrunner fritas fra å delta i en abortprosess, og beskyttes dermed av reservasjonsretten. En sykepleier har ikke de samme rettighetene, da fritaket ikke gjelder for dem som gir stell og pleie til den aborterende kvinnen. Vi har sett at det de siste årene også har blitt et større fokus på sykepleiernes utfordringer med abort. Høgskolelektor Benny Huser ble i 2011 intervjuet av Aftenposten (Vermedal & Hov) angående undersøkelsen hun gjorde i sin doktorgradsavhandling om hvordan sykepleiere opplever å jobbe med abort. Hun fulgte 22 sykepleiere i sin jobb på gynekologisk avdeling. Gjennom intervju med disse sykepleierne fant Huser blant annet at det var flere sykepleiere som hadde sluttet fordi de moralske dilemmaene ble for store, og flere opplevde at folk ikke ville prate med dem på grunn av jobben de gjorde. Selv om sykepleierne hadde valgt å jobbe på en gynekologisk avdeling, syntes de at det kunne bli tungt i lengden. Sykepleierne fortalte også at de følte mer empati for en 39 år gammel firebarnsmor som var uønsket gravid, enn for kvinner som kom inn for sin femte abort (Vermedal & Hov, 2011). En slik tankegang kan man også se i Lindströms studie fra 2011. For sykepleierne var hovedutfordringen å forholde seg profesjonell uten å vise egne følelser. Resultatene av forskningen viser også at det var spesielt vanskelig for sykepleiere å forholde seg til kvinner som hadde tatt flere provoserte aborter, og at de kunne føle både frustrasjon og sorg ovenfor disse kvinnene (Lindström et al., 2011).

Selv møtte vi en kvinne som hadde vært inne for provosert abort tidligere, og som denne gang kom inn for abort nummer tre. Da merket vi endringer i holdningene til dem som jobbet på avdelingen. Noen hadde medfølelse, mens andre virket frustrerte over situasjonen. Vi mener at kvinner uansett grunn og antall provoserte aborter, skal møtes med respekt, empati og omsorg. Samtidig forstår vi også at det forekommer slike reaksjoner hos helsepersonell, da de kanskje har lagt ned mye arbeid i de forrige samtalene med kvinnene og som jobber med dette hver dag. Lindströms et al., skriver at noen av sykepleierne kunne føle det var deres skyld at kvinnene kom inn for flere provoserte aborter, fordi de ikke hadde gitt god nok informasjon i de forrige samtalene (2011).

Det er ofte kvinnelige sykepleiere som arbeider på gynekologiske avdelinger. De kan være mødre eller bestemødre, eller ha opplevd en spontan eller provosert abort selv. Det kan derfor være et nærliggende og sårt tema for mange, og være utfordrende å holde en profesjonell rolle rundt det hele. Helsepersonell må ha evnen til å skyve bort personlig meninger og erfaringer i møte med pasienter, og kan for mange være utfordrende. Vi

opplevde sykepleierne på gynekologisk avdeling som faglig sterke og praktisk dyktige, selv om de noen ganger kunne fremstå litt «kalde» i møte med de abortsøkende kvinnene. Dette tenker vi kan være en form for «beskyttelsesmekanisme» for å unngå å ta inn over seg de sterke inntrykkene og følelsene som de møter hver arbeidsdag på avdelingen. Lindström et al., (2011) skriver om en sykepleier som av og til måtte gå bort fra situasjonen for å gråte, slik at disse følelsene ikke kom frem i møte med de abortsøkende kvinnene. Det er sykepleieren som står sammen med kvinnen før, under og etter den provoserte aborten, og er den som fysisk gir kvinnen medikamentet som avslutter svangerskapet. Dette kan være et etisk dilemma for mange. Vi ble derimot overrasket over hvor stor respekt og verdighet sykepleierne viste ovenfor de aborterte fostrene. De brukte god tid, pakket dem varsomt inn i silkeklede, og behandlet det med samme verdighet som man gjør under hvilket som helst mors.

En annen utfordring for sykepleiere kan være at Norge stadig blir et mer multikulturelt samfunn. Spesielt i forhold til abortkulturen er det store kontraster på et globalt nivå. Det var i 2006 72 land som hadde totalforbud mot abort og 16 land som tillatte abort kun hvis kvinnens liv og helse stod på spill (Austeng, 2006). I dag har disse tallene gått noe ned, men det er fremdeles 25 % av landene i verden som har totalforbud (Women on waves, 2013). På verdensbasis skjer det i tillegg 20 millioner utrygge aborter hvert år (Gilliam & Haider, 2014). Abortsøkende kvinner med ulike bakgrunner og tradisjoner oppsøker norske sykehus, og det er da viktig at sykepleieren som møter dem innehar kunnskap og er bevisst på de ulike utfordringene dette medbringer. Først og fremst kan god kommunikasjon med innvandrere bli en utfordring, da de gjerne ikke har de norske kunnskapene som trengs for å forstå den informasjon som blir gitt. Noen av dem prater kanskje ikke norsk i det hele tatt, og det vil derfor være betydningsfullt at sykepleieren er bevisst på den non-verbale kommunikasjonen. At kvinnene har ulik bakgrunn og religion kan være en utfordring for sykepleieren fordi det kan by på uvante problemstillinger for det norske helsevesenet. Omskjæring, kvinneundertrykkelse, krig og fattigdom kan være hverdagen mange av disse kvinnene kommer fra. Det kan by på utfordringer i møte med disse kvinnene i hvordan sykepleieren skal kunne sette seg inn i deres situasjon og i varetta dem på en god måte. Fordi det er så mange som opplever å ta en utrygg abort, er sannsynligheten stor for at sykepleieren vil møte noen av disse kvinnene også på norske sykehus. Slike opplevelser kan medføre traumer og fysiske komplikasjoner som kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å skape en god relasjon til kvinnene. Vi tror det er viktig å sette av god tid til både kommunikasjon og de fysiske

undersøkelsene, slik at de føler seg trygge og ivaretatt. Traumene kan gjøre at den fysiske kontakten føles truende, og helsepersonell må derfor være varsom i sin fremtoning. Dette kan også gjelde etnisk norske kvinner som har opplevd traumer. Vi erfarte selv i praksis å møte en utenlandsk kvinne som kom inn for en provosert abort. Der måtte vi hemmeligholde navnet hennes slik at familie og bekjente ikke skulle vite at hva hun var innlagt for. Hvis noen fikk greie på det, ville det bringe stor skam på henne og hennes familie. Slike problemstillinger vil helsevesenet møte på i fremtiden og vi mener derfor at sykepleierne bør tilegne seg den kompetansen som er nødvendig i møte med utenlandske kvinner.

Vi ser at det generelt er mange ulike meninger og opplevelser rundt abort, og siden Norge stadig blir mer multikulturelt gjør at sykepleierne møter nye utfordringer. Kvinner som tar flere provoserte aborter virker å ha en negativ innvirkning på sykepleierens selvsikkerhet i yrket. En annen utfordring for helsepersonellet kan være at de ikke har mulighet til å reservere seg fra abort, og at de alltid skal fremstå som profesjonell og ikke vise egne følelser.

6. Konklusjon

Vi har i denne oppgaven valgt å se provosert abort som et kvinnehelseproblem og hvilke utfordringer dette har for helsepersonell. Vi velger å presentere en konklusjon for hver problemstilling først, for så å trekke frem sammenhenger mellom de to.

Gjennom drøfting av den første problemstillingen har vi sett at det er ulike risikofaktorer som gjør at unge kvinner søker abort i Norge. Forutsetninger som øker risikoen for å skulle ta en abort er flere; oppvekst, utdanning og sosial klasse er blant disse. Vi mener at god seksualundervisning og veiledning i grunnskolen kan være viktig i forebyggende arbeid for å redusere antall uønskede graviditeter. Helsesøsteren har en sentral rolle i dette arbeidet, og vi mener kommunene må bruke pengene som bevilges til helsesøstertjenester for å styrke det forebyggende arbeidet. Da er ikke ungdommen avhengig av egen og foreldrenes utdanning for å tilegne seg denne nødvendige kunnskapen. Et forslag til forebyggende tiltak kan være å opprette et samarbeid mellom skolen og kommunale veiledningstjenester, for eksempel Amatheaklinikken. Da kan for eksempel seksualundervisningen gis av profesjonelle fra veiledningstjenestene, som har stor kunnskap og erfaring med fagområdet. Dette samarbeidet kan gjøre terskelen lavere for ungdommen å oppsøke klinikken senere, og kanskje være med på redusere aborttallet. For unge kvinner i dag er det et stort ytre press fra samfunnet, og alle har en mening om provosert abort. Det strebes etter det «perfekte» liv, og kravene til når det passer å få barn blir stadig flere. Dette kan nok være en grunn for at unge kvinner velger å ta abort og derfor mener vi det er viktig å gi god informasjon om støtteordninger, og alternativer til provosert abort. Ved å sette oss inn i den norske aborthistorien kan vi ut i fra dette se at fokuset i dag er mer rettet mot kvinnens helse og rettigheter enn før, da abort fra gammelt av ble sett på som å ta et liv. Dette mener vi kan være fordi abortdebatten er med på å skape åpenhet og kunnskap hos befolkningen.

Gjennom drøftingen av den andre problemstillingen har vi sett hvor viktig det er for sykepleieren å ha kunnskap om hvordan en skal ivareta den abortsøkende kvinnen på sykehus. Dette kommer også frem i forskningen. Abort er et kvinnehelseproblem, det kan påvirke både den fysiske og psykiske helsen, og problemet rammer et stort antall kvinner på verdensbasis. Norge er i dag et multikulturelt samfunn, og dette kan være en utfordring for den aborterende kvinne og helsepersonellet. Vi mener at kvinnene som kommer inn for en provosert abort har et stort behov for omsorg, og synes derfor Kari Martinsens tre

dimensjoner for omsorg gir et godt grunnlag for hvordan man kan ivareta disse kvinnene på en best mulig måte. Selv om kvinnene i dag har selvbestemmelsesrett om å ta provosert abort, er det for mange allikevel et vanskelig valg og kan for noen oppleves som en krise. I forskningen vi har funnet kan vi se at det er en rekke psykiske utfordringer knyttet til provosert abort, og flere av deltakerne i undersøkelsene fortalte at de ønsket mer omsorg fra helsepersonellet under sykehusoppholdet. Vi ser at den sykepleieren som utøves til disse kvinnene kan være med på å avgjøre hvordan hun opplever aborten som en helhet. Hvilke holdninger vi viser, valg av ord i samtalen og kroppsspråk kan ha en stor betydning. Selv har vi erfart at mangel på tid kan være en utfordring for sykepleierne, og dette går utover ivaretagelsen av den enkelte kvinne og deres pårørende. Sykepleieren har som oppgave å veilede, vurdere og støtte gjennom abortprosessen, og legge til rette for at kvinnen har et tilstrekkelig grunnlag for å kunne ta et valg hun kan stå for. Sykepleieren skal holde seg nøytral og ikke ytre sine personlige meninger, vi ser at dette kan by på psykiske utfordringer. Abort er et etisk dilemma som for mange kan være vanskelig å forholde seg til. Vi tror derfor at debatt og økt kunnskap hos befolkningen kan øke forståelsen for hvorfor helsepersonell kan virke distanserte og «kalde» i arbeidet med abort.

Igjennom arbeidet med oppgaven ser vi klare linjer mellom de to problemstillingene. Hvis sykepleieren innehar kunnskap om hvem som søker abort i Norge, vil det gjøre det lettere å møte dem på sykehus. Vi kan se at psykiske utfordringer er både en risikofaktor og en konsekvens av abort, og derfor er det viktig med forebygging og god informasjon. Fordi risikofaktorene for å ta en abort blant annet er psykiske plager og dårlig oppvekst ser vi at det nettopp er disse kvinnene som har et stort behov for ivaretagelse, omsorg og kjærlighet.

Referanseliste

* = selvvalgt litteratur

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

* Abortloven, LOV-1975-06-13-50. § 2. (2013).

* Abortloven, LOV-1975-06-13-50. § 5. (2013).

* Alèx, L. & Hammerström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion- a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18; 160-168.

Lokalisert på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x/epdf>

* Amatheia. (2015). *Om stiftelsen Amatheia*. Lokalisert på: <http://www.amatheia.no/om-amatheia/>

* Amatheia. (2015). *Verdigrunnlag*. Lokalisert på: <http://www.amatheia.no/om-amatheia/>

* Austveg, B. (2006). *Kvinnens helse på spill – Et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

* Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care- a practical guide*. Berkshire: Open University Press.

* Blogglisten. (2015). Lokalisert 01.05.15 på: <http://blogglisten.no/>

* Broen, A.N., Moum, T., Bødtker A.S. & Ekeberg, Ø. (2009). Kvinnens psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. *Sykepleien Forskning*, 1(1):24-31.

<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2006.0001>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

* Elvbakken, K.T. (2001). *Abortpolitikken utfordringer*. UiO: Det samfunnsvitenskapelige fakultet. (Rapport nr. 35, 2001) Lokalisert på:

<http://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2001/Rapport35.htm>

* Eskild, A. (2014). *Selvbestemt abort?* Lokalisert på:

<http://www.aftenposten.no/mening/kronikker/Selvbestemt-abort-7465506.html>

* Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften). FOR-2001-06-15-635. §15.

* Gilliam M.L. & Haider S. (2014). *Unsafe abortion*. Lokalisert på:

http://www.uptodate.com/contents/unsafe-abortion?source=search_result&search=Unsafe+abortion&selectedTitle=1~6

* Granlund, T. O. (2003). Hvem oppsøker Alternativ abort Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 123:165-8. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/656016/>

* Hagen, G.H, Hage C.Ø., Magelssen & Nortvedt P. (2011). Medisinstudenters holdninger til selvbestemt abort. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131:1768-71.

<http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.1161>

Hofmann, B. (2012). Utvalgte utfordringer innenfor bioetikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 227-253). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s.17-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

* Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal A/S.

* Kolberg, M. Sandvik, S. Solvang, F. & Grønli, H. (2014). *Hareide: - Vi kunne kommet fram til dette før*. Lokalisert på: <http://www.nrk.no/norge/kompromiss-om-reservasjonsrett-1.11704062>

* Kunnskapssenteret. (2015). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

* Larsen, B.K. (1989). *Du er likevel til – brev til et barn som ikke ble født*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

-
- * Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L. & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: Focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25;542-548. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00862.x>
- * Løberg, A.K. (2014). *Stort behov for helsesøstre, men nyutdannede sliter med å få jobb*. Lokalisert på: <http://www.nrk.no/ho/helsesostre-sliter-med-a-fa-jobb-1.11948919>
- * Løkeland M. (Red.), Askeland, O.M., Bøyum, B., Ebbing, M., Mjaatvedt, A.G., Nilssen, S. & Seliussen, I. (2015). *Rapport om svangerskapsavbrot for 2014*. (Folkehelseinstituttet, Rapport nr. ISSN 1891-6392). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- * Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin – historisk-filosofisk essays*. Otta: TANO AS.
- * Neglisjert som barn- hvordan påvirkes man som voksen?. (2013). Lokalisert på: <http://forum.kvinneguiden.no/index.php?showtopic=729277>
- * NHI- Norsk Helseinformatikk. (2012). *Til deg som vurderer abort*. Lokalisert på: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/livsstil/til-deg-som-vurderer-abort-1391.html?page=3>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler*. (11/2011, Nr.1) Lokalisert på: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/2182990/seefile>
- * Pedersen, W. (2007). Nødprensasjon eller abort? En longitudinell studie av unge kvinner. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 127:3206-8. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1626811>
- * Pedersen, W., Samuelsen, S.O. & Eskild, A. (2006). Abort hos unge kvinner – betydningen av oppvekst og sosial klasse. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 126:1734-7. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1393987>
- * Petersen, R.B. (2001). Legers reservasjonsrett ved provosert abort. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 121:1629. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/331029>

- * Regjeringen. (1999). *Kvinnens helse i Norge*. (NOU 1999:13). Lokalisert på:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/4f30e0da65db42549ab37eaa491d4445/no/pdfa/nu199919990013000dddpdfa.pdf>
- Slettebø, Å. (2012). Etiske dilemmaer. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 42-54). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- * Sund, I.B. & Vevang, M.K. (2014). *Til kamp mot reservasjonsretten*. Lokalisert på:
<http://www.nrk.no/ostlandssendingen/massiv-mobilisering-pa-kvinnedagen-1.11591945>
- * Tabbut-Henry, J. & Graff, K. (2003). Client-Provider Communication in Postabortion Care. *International Family Planning Perspectives*, Vol.29, no.3, pp. 126-129. Lokalisert på:
<http://www.jstor.org/stable/pdf/3181078.pdf?acceptTC=true>
- * Vermedal, L. & Hov, R. (2011) *Tungt ansvar på abortavdelinger*. Lokalisert på:
<http://www.aftenposten.no/helse/Tungt-ansvar-pa-abortavdelinger-6403143.html>
- * Women on waves. (2013). *Abortion laws worldwide*. Lokalisert på:
<http://www.womenonwaves.org/en/page/460/abortion-laws-worldwide>
- * World Health Organization. (2011). *Unsafe abortion – Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Department of Reproductive Health and Research (ISBN 978 92 4 150111 8).

Vedlegg

Vedlegg 1

Resultat av litteratursøk

Database	Søkeord	Treff	Relevant	Inkludert	Forfatter - tittel
SveMed+	Induced abortion + Women + Experiences (18.05.15) (Peer Reviewed)	6	2	1	Alèx, L. & Hammerström, A. «Women's experiences in connection with induced abortion- a feminist perspective»
SveMed+	Induced abortion + Women + Consultation (18.05.15) (Peer Reviewed)	7	1	1	Omland Granlud, T. «Hvem oppsøker Alternativ abort Norge?»
Sykepleien	Provosert abort (18.05.15)	2	1	1	Broen, A.N., Moum, T., Bødtker A.S. &

	(Peer Reviewed)				Ekeberg, Ø. «Kvinneres psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort.
SveMed+	Selvbestemt abort + Holdninger (18.05.15) (Peer Reviewed)	6	1	1	Hagen, G.H, Hage C.Ø., Magelssen & Nortvedt P. «Medisinstudenters holdninger til selvbestemt abort»
Pyramidesøk via Helsebiblioteket (McMaster Plus)	Induced abortion (18.05.15) (Peer Reviewed)	52	1	1	Gilliam M.L. & Haider S. «Unsafe abortion»
SveMed+	Abort + Unge kvinner (18.05.15) (Peer Reviewed)	2	2	2	Pedersen, W., Samuelsen, S. O. & Eskelid, A. «Abort hos unge kvinner- betydningen av oppvekst og sosial klasse».

					<p>Pedersen, W.</p> <p>«Nødprevensjon eller abort?»</p> <p>En longitudinell studie av unge kvinner»</p>
SveMed+	<p>Work</p> <p>+</p> <p>Experiences</p> <p>+</p> <p>Induced abortion</p> <p>(18.05.15)</p> <p>(Peer Reviewed)</p>	1	1	1	<p>Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L. & Lalos, A.</p> <p>“Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses”</p>

Vedlegg 2

Kritisk granskning

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
«Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective» Aléx & Hammarström	2004	Kvalitativ. Det er i denne undersøkelsen intervjuet fem kvinner i alderen 19-33 år, en måned etter utført abort.	Hensikten med denne internasjonale forskningsartikkelen er å analysere kvinners opplevelse av provosert abort fra et feministisk perspektiv.	Resultatene viser at kvinnene går igjennom en vanskelig og ambivalent prosess, før de tar det avgjørende valget. Kvinnenes valg påvirkes av deres sosiale og økonomiske situasjon, i tillegg til støtten fra deres familie og/eller partner. Studien viser også at helsepersonellet må være mer bevisst på kvinnenes ulike opplevelser, både før, under og etter aborten. Artikkelen trekker også frem at arbeid med abort kan være en påkjenning for helsepersonellet.

Egen bedømming: Denne artikkelen har vært relevant for vår oppgave fordi den tar for seg kvinners opplevelser av å ta en provosert abort. Selv om den er skrevet for mer enn ti år siden, er funnene fremdeles gyldige. Den ser også på hva og hvem som påvirker kvinnens valg, og hvor viktig helsepersonellens rolle er for opplevelsen av en provosert abort. Vi ser at det kan være en svakhet å ta i bruk kvalitativ forskning gjennom intervju om et sårbart tema. Dette mener vi fordi det kan være vanskelig for kvinnene å gi en reell formidling av opplevelsen, hvis det er et tema som vekker vonde minner. Denne artikkelen er på engelsk, og kan gi misoppfattelser av innholdet.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
«Kvinneres psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort» Broen, Moum, Bødtker & Ekeberg	2009	Forskningen var i hovedsak kvantitativ med selvutfylling av spørreskjema og tester. Det ble også tatt i bruk kvalitative virkemidler som samtaler, og at kvinnene fikk skrive ned tanker rundt aborten.	Hensikten med forskningsartikkelen er å kartlegge hvilke psykiske reaksjoner spontan og provosert abort kan utløse.	Forskningen viser at kvinner som tok provosert abort ikke hadde like sterke reaksjoner like etter aborten som kvinnene som spontanaborterte, men at de derimot hadde mer langvarige plager. Resultatet viser også behovet for økt innsats fra helsevesenet slik at kvinnene får færre psykiske ettervirkninger.

Egen bedømming: Forskningen har vært vesentlig å bruke i oppgaven, fordi den tar for seg kvinnenes opplevelse av provosert abort, og hvilke langvarige plager kvinnene har slitt med i etterkant av aborten. Bruken av artikkelen har gjort det lettere å se hvilke psykiske utfordringer helsepersonellet kan møte på. Denne forskningsartikkelen tar også for seg kvinners reaksjoner ved spontanabort, noe som har gitt oss en bedre forståelse av forskjellene på hvordan de ulike abortene kan oppleves. Vi ser det som en styrke at det i forskningen var kvinnene selv som fylte ut spørreskjemaet, og at de samme kvinnene ble intervjuet fire ganger over en tidsperiode på fem år.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
«Hvem oppsøker stiftelsen Alternativ til	2003	Det er brukt kvantitativ metode,	Hensikten med forskningsartikkelen er å finne ut	Forskningen viser at 63 % av kvinnene som besøker stiftelsen er

Abort i Norge?» Granlund		gjennom statistikkskjema som rådgiveren fylte ut etter hver konsultasjon, totalt 23 973 konsultasjoner.	hvem som tar i bruk stiftelsen for abortrådgivning	gravide, og 79 % av disse er mindre enn 12 uker på vei. Hovedtemaet for samtalen var hos halvparten av kvinnene valget mellom å avbryte eller fullføre svangerskapet. Flere menn tok også i bruk rådgivning.
---------------------------------	--	---	--	---

Egen bedømming: I denne forskningsartikkelen kommer det tydelig frem at kvinner som har blitt uønsket gravide eller som sliter med valget rundt å ta provosert abort, har et stor behov for veiledende samtale. Det var først etter vi leste denne artikkelen at vi ble observante på viktigheten ved å inkludere barnefaren i abortprosessen. En svakhet med forskningen er derimot at man ikke får vite hvordan kvinnene (eller pårørende) opplevde samtalen, og heller ikke om de valgte å fortsette eller avslutte svangerskapet. Vi er også kritiske til at det er rådgiveren og ikke kvinnene selv som har fylt ut skjemaene, fordi resultatet da kan påvirkes av misforståelse mellom partene.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
«Unsafe abortion» Gilliam & Haider	2014	Denne artikkelen er en analyse av ulik forskning som tidligere er gjort på området.	Hensikten med forskningsartikkelen er å se på risikoen og omfanget rundt utrygg abort på verdensbasis.	Oppsummert er det mange farlige metoder som blir tatt i bruk ved abort og som er med på å true kvinners helse/liv.

Egen bedømming: Med denne forskningen fikk vi et godt innblikk i hvordan abortsituasjonen er på verdensbasis i dag. Dette gjorde det lettere å se hvilke utfordringer

helsepersonell kan møte på nå som Norge begynner å bli et mer multikulturelt samfunn. Det kan være en svakhet at artikkelen er skrevet på engelsk, da språkforståelsen kan gjøre at vi misoppfatter innholdet.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
«Medisinstudenters holdninger til selvbestemt abort» Hagen, Hage, Magelssen & Nortvedt	2011	Den kvantitative undersøkelsen ble utført med spørreundersøkelse sskjema hvor 514 studenter på tvers av fire norske fakulteter deltok.	Forskningens hensikt er å undersøke medisinstudenters holdninger rundt provosert abort og reservasjonsretten.	Funnene i undersøkelsen viste at 87,5% av studentene var for selvbestemt abort. Forskningen viser at 18,6% av studentene som var tilhengere av selvbestemt abort allikevel ønsket å ta i bruk reservasjonsretten.

Egen bedømming: Reservasjonsretten for leger har vært mye debattert i media den siste tiden, og det var derfor spennende å se hvilke holdninger som finnes hos dagens medisinstudenter. Vi stiller oss kritiske til at spørreundersøkelsen ble gjort i pausen mellom to forelesninger, fordi vi mener det kan ha vært forstyrrelsesmomenter tilstede og for liten tid til at studentene fikk satt seg godt nok inn i spørsmålene i undersøkelsen.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
«Nødprevensjon eller abort? En longitudinell studie av unge kvinner» Pedersen	2007	Studien har fulgt 769 kvinner fra de var 15 – 27 år, og kvantitativ metode er tatt i bruk gjennom surveyundersøkelser.	Hensikten med forskningsartikkelen er å finne ut hvorfor aborttallene ikke har gått ned, når bruken av nødprevensjon og	Resultatet i forskningen viser at de som velger abort har risikofaktorer som depresjon, sjeldent høyere utdanning enn videregående

			angrepiller har økt. De ønsket også å finne ut hvem som tok i bruk de to metodene.	skole og en vennekrets med atferdsproblemer (det vil si risikofaktorer for abort). Nødprevensjon er tilsynelatende brukt av jenter som ikke er i risikogruppen.
--	--	--	---	--

Egen bedømming: Vi synes det er positivt at undersøkelsen ble utvidet til fire datainnsamlingstidspunkt, i stedet for kun to som i utgangspunktet var planen. En svakhet med forskningen er at det kan ha vært vanskelig for deltakerne å svare på private spørsmål (som for eksempel foreldres alkoholproblemer), og at resultatene derfor kan avvike noe fra de egentlige opplevelsene.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
«Abort hos unge kvinner – betydningen av oppvekst og sosial klasse» Pedersen, Samuelsen & Eskild	2006	Det er brukt kvantitativ metode via spørreskjema for å samle informasjon. Forskninger ble gjort på 2198 norske jenter fra de var i tenårene til de var unge kvinner.	Hensikten med forskningsartikkelen er å se om det finnes sammenhenger mellom provosert abort hos unge kvinner og deres sosiale klasse/bakgrunn og	Funnene i forskningen var at kvinner med lav utdanning hadde høyest risiko for provosert abort, det var lavere abortrisiko hos kvinner som hadde foreldre med høy utdanning, og økt risiko for kvinner med skilte foreldre, dårlig oppvekst og alkoholmisbruk i hjemmet.

			oppvekst.	
--	--	--	-----------	--

Egen bedømming: Denne forskningsartikkelen tar for seg risikofaktorene for at unge kvinner tar abort i Norge. Selv om vi ikke får resultater som forteller om kvinnenes tanker og meninger om å være i risikogruppen, mener vi det er avgjørende for vår oppgave å inkludere denne statistikken. Det gir oss kunnskaper om hvilken bakgrunn mange av de som søker abort har, og gir oss et godt grunnlag til å drøfte hvordan man som sykepleier kan ivareta kvinnene på en god måte. Utvalget av deltakere i undersøkelsene strekker seg bredt geografisk sett, slik at man får et utvalg som representerer ungdom i Norge generelt.

Tittel/forfatter(e)	År	Metode	Hensikt	Resultat
“Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses” Lindström, Wulff, Dahlgren & Lalos	2011	Kvalitativ	Hensikten med forskningen er å se nærmere på helsepersonellts meninger og erfaringer i arbeid med provosert abort.	Resultatet viser at gynekologer, jordmødre og sykepleiere ikke hadde noe imot å jobbe med provosert abort, til tross for å ha opplevd vanskelige situasjoner. De opplever jobben som frustrerende, utfordrende og givende. De ble sjeldent tilbudt kurs og videre utvikling innenfor temaet.

Egen bedømming: Denne forskningen har gjort oss oppmerksom på hvilke utfordringer helsepersonell har i arbeid med abort, og hvilke tanker de gjør seg om ulike situasjoner som kan oppstå i møte med de abortsøkende kvinnene. Det viser også at sykepleierne har et ønske om mer kunnskap innenfor emnet. Vi er kritiske til at det med to andre yrkesgrupper inkludert i forskningen, blir et mindre fokus på sykepleierens opplevelser, som er det vi er ute etter i vår oppgave. Det er også her en svakhet at artikkelen er skrevet på engelsk, på grunn av mulige misforståelser av språket.