



Hvordan kan sykepleier ivareta kvinners mentale helse i forbindelse med provosert abort?

Kandidatnummer: 162

VID vitenskapelige høyskole

Høyskolen Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2017

Antall ord: 9655

Dato 06.03.2020

Sammendrag/abstract av bacheloroppgaven

Sammendrag

Bakgrunn:

Provosert abort har gjennom tidene vært et tema for debatt. I Norge har kvinner mange rettigheter i forhold til abort, men studier indikerer at abort kan gi psykiske ettervirkninger hos kvinnen. På bakgrunn av interesse for aborthistorien, gynekologi og psykologi, var ønsket med denne oppgaven å øke forståelsen for hvordan abort kan påvirke den mentale helsen til kvinnene. Deretter hvordan sykepleierens rolle kan bidra til å ivareta kvinnenes mentale helse.

Hensikt: Hensikten denne oppgaven er å utforske på hvilken måte sykepleier kan ivareta kvinners mentale helse i forbindelse med provosert abort, ved å bruke et menneske-til-menneske-forhold, skape tillit, bruke kommunikasjonsferdigheter og vise en ikke-dømmende holdning.

Metode: Oppgaven er gjennomført som en litteraturstudie. Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk på søkedatabasene Cinahl, PubMed og SveMed+. Det ble valgt ut 5 forskningsartikler for å belyse problemstillingen. Annen litteratur har blitt funnet via skolen bibliotek.

Resultater og konklusjon: Studier viser at kvinner kan oppleve ambivalente følelser i forkant og etterkant av en provosert abort, kompliserte følelser som skyld og skam og at de har høyere risiko for angst og depresjon. Ved å skape et menneske-til-menneske-forhold med kvinnen, kan sykepleier opprette et tillitsforhold som gjør det enklere for kvinnene å åpne seg om vanskelige følelser. Ved å bruke kommunikasjonsferdigheter og vise kvinnen en ikke-dømmende holdning, kan dette redusere følelser av skam og skyld, og dermed redusere risikoen for psykiske ettervirkninger.

Abstract

Background: Induced abortion has been a subject of debate throughout time. In Norway, women have many rights regarding induced abortion, but studies show that abortion could cause psychological repercussions. On the background of my interest in the history of abortion, gynecology and psychology, my hope was to increase my knowledge on how induced abortion can affect women's mental health. Subsequently how the role of the nurse can contribute to take care of the women's mental health.

Aim: The aim of this assignment is to explore in what way a nurse can attend to women's mental health in connection with induced abortion on request, by using human-to-human-relations, create trust, using communication skills and show a non-judgmental attitude.

Method: The assignment is carried out as a literature study. It was conducted a systematic literary search in the search databases Cinahl, PubMed and SveMed+. 5 articles were chosen to shed light upon the issue. Other literature has been found at the school's library.

Results and conclusion: Studies shows that women can experience feelings of ambivalence pre- and post-abortion, complicated feelings like guilt and shame and have an increased risk of anxiety and depression. By creating a human-to-human-relationship, the nurse can create a trusting relationship which makes it easier for the women to share difficult feelings with her. By using communication skills and show a non-judgmental attitude towards the women, it can reduce some of the feelings of shame and guilt, and subsequently reduce the risk of psychological repercussions.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6-7
1.2 Provosert abort	7
1.3 Problemstilling	8
1.4 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	8
1.5 Oppgavens avgrensning	8-9
1.6 Begrepsavklaring	9
1.7 Oppgavens videre oppbygning	9-10
2 Metode	11
2.1 Hva er metode?	11
2.2 Litteratursøk og funn	11-13
2.3 Kort presentasjon av valgt forskningslitteratur	13-15
2.4 Kildekritikk	16-17
3 Teori	18
3.1 Joyce Travelbee's menneske-til-menneske-forhold	18
3.1.1 Fasene i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold	18-19
3.2 Kommunikasjon	19-20
3.2.1 Nonverbal kommunikasjon	20-21
3.3 Mental helse	21
3.3.1 Skam og skyldfølelse	21
3.3.2 Traumatiske kriser	21
3.3.3 Angst og depresjon	22
3.4 Lovverk i forbindelse med abort	22
3.5 Redegjørelse for artiklene	23-25
4 Drøfting	26

4.1 Abort og psykiske ettervirkninger	26-28
4.2 Kvinnenes møte med helsepersonell	28-29
4.3 Å skape tillit	30-31
4.4 Kommunikasjon og sykepleierens holdninger	31-33
5 Konklusjon.....	34
Litteraturliste	35-37

1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for bakgrunnen for valg av tema, deretter presentere min problemstilling for oppgaven. Videre vil jeg gjøre rede for oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans, avgrense oppgaven og avklare begreper, før jeg til slutt vil presentere oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er provosert abort. Ifølge folkehelseinstituttet ble det totalt sett gjennomført 12.380 aborter i Norge i 2018. Av disse var 91,4% utført medikamentelt, mens 8,6% ble utført ved hjelp av kirurgisk metode (Folkehelseinstituttet, 2019).

I Norge praktiserer vi en universell adgang til selvbestemt abort innen 12.uke i svangerskapet, og en begrenset adgang til abort etter 12.svangerskapsuke. Etter dette må man søke om abort via en nemd. I Norge har kvinner mange rettigheter i forhold til valget om å ta abort, da fosteret blir ansett som en gjest i kvinnens kropp og ikke er levedyktig uten henne (Brunstad & Tegnander, 2010). Det har allikevel ikke alltid vært slik, noe man ser om man tar en titt på abortlovens historie. I antikken ble ikke provosert abort fordømt, men var en anbefalt praksis hvis befolkningen ble for stor. Både Aristoteles (384-322 f.Kr), Platon (ca. 428/427-348/347 f.Kr) og Septimus Severus (211 e.Kr) viste i varierende grad en aksept for abort. Det var en generell oppfatning at fosteret var en del av kvinnens kropp, og at hun kunne forlange å få det fjernet. I senere tid fikk fosterets rett til liv større anerkjennelse, og abort ble forbudt og forbundet med straff (Birkler, 2014).

I 1687 kom det en lov i Norge som sa at kvinner som tok abort skulle straffes med døden. Det var allikevel mange kvinner som forsøkte å fordrive fosteret blant annet ved hjelp av giften fra enkelte planter. Bruk av strikkepinner for å avslutte livet til fosteret var også en kjent metode. I 1842 ble dødsstraffen fjernet og erstattet med straffearbeid. På begynnelsen av 1900-tallet var det fremdeles mange illegale aborter som ble utført, og dette ble ofte gjennomført i lite sanitære omgivelser og med metoder som innebar stor risiko for infeksjoner, sterilitet og dødsfall. I 1978 kom det en lov som skulle endre abortpraksisen i Norge; loven om selvbestemt abort. Dette resulterte i at det i løpet av 1980-årene vokste frem en abortmotstand som skapte debatt. Denne debatten blusset igjen opp i 2013, da det

ble lagt frem forslag om reservasjonsrett for fastleger til å henvise kvinner til abort (Årrestad & Apalnes, 2013).

Debatten om lovverket rundt abort i Norge har vært et aktuelt tema de siste årene, da det i 2019 ble vedtatt endring i abortlovens paragraf om fosterreduksjon. Fosterreduksjon er et inngrep der man avslutter svangerskapet for ett eller flere fostre, mens ett eller flere gjenværende fostre i samme svangerskap fortsetter å utvikle seg (endringslov til abortloven (fosterreduksjon), 2019, § 2-a).

Historien rundt abort, og debattene som har dukket opp de siste årene er noen av årsakene til at jeg har valgt å fordype meg i temaet. Jeg har alltid vært svært interessert i både gynekologi, psykiatri og psykologi, men har ikke før i senere tid reflektert over hvilke psykiske belastninger det kan medføre for kvinner som tar dette valget. Jeg ønsker en bredere forståelse for et valg som i utgangspunktet er tatt av kvinnen selv, og hvordan avgjørelsen om å avslutte et svangerskap kan påvirke den mentale helsen til kvinnene som gjennomgår dette. Ved å øke forståelsen om de psykiske reaksjonene den abortsøkende kvinne kan oppleve, ønsker jeg å utforske på hvilken måte sykepleier kan bidra til å ivareta den mentale helsen til disse kvinnene.

1.2 Provosert abort

Det anvendes én av to typer provosert abort i dag; medisinsk eller kirurgisk. En medisinsk abort er en abort som fremkalles av medisiner. Medisinene er en kombinasjon av antiprogesteron og prostaglandiner som gir sammentrekninger i livmoren, slik at fosteret kommer ut. Som regel utføres medisinsk abort før uke 9 i svangerskapet, men under visse betingelser kan kvinnen velge om hun ønsker kirurgisk eller medisinsk abort (Birkler, 2014). Den kirurgiske abortmetoden foregår mens kvinnen ligger i narkose, og livmoren blir tømt for innholdet ved hjelp av kirurgi. Prosedyren utføres ved at man først utvider livmorhalsåpningen, og deretter fører inn et rørformet sug gjennom livmorhalsen. Med denne suges livmorhulen tom, og inngrepet avsluttes med en utskrapning av livmorhulen. Etter selve inngrepet gis det et medikament som skal gjøre at livmoren trekker seg sammen igjen og blødningen reduseres (Birkler, 2014).

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta kvinners mentale helse i forbindelse med provosert abort?

1.4 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med denne oppgaven vil være å drøfte sykepleierens rolle i møte med kvinner som vil gjennomføre en provosert abort. Jeg vil belyse den mentale og følelsesmessige prosessen som kvinner kan oppleve i forbindelse med provosert abort, ved å ta utgangspunkt i angst, depresjon, skam og skyldfølelse. Dette er fordi forskning viser at mange kvinner kan oppleve disse følelsene i etterkant av et slikt inngrep (Broen, Moum, Bødtker, & Ekeberg. 2006). Om sykepleieren erkjenner deres psykiske behov, kan dette bidra til at det er lettere for kvinnene å åpne seg opp om vanskelige tanker og følelser som kan oppstå (Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen, Chesla, & Gjengedal. 2018²). I mange tilfeller er det sykepleierens oppgave å oppfatte om en kvinne som søker abort opplever vanskelige følelser rundt valget, og en slik intuitiv tilnærming kan bidra til å avdekke behovet for videre konsultasjon (Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen, & Gjengedal, 2018¹).

Sykepleiere vil møte kvinner som har valgt å ta abort av ulike grunner. En av sykepleierens funksjoner er å lindre, som betyr å redusere eller begrense belastninger hos pasienten. Dette kan også innebære psykiske belastninger. En annen funksjon sykepleier har er å identifisere og sette inn tiltak for å hindre utvikling av helsesvikt (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Hjelmeland, 2017). Begge disse funksjonene anses som viktige i møte med abortsøkende kvinner.

Abort, enten provosert eller spontan, er temaer som fremdeles kan være stigmatisert i enkelte miljøer. Dette gjør det til et interessant tema å fordype seg i. Jeg vil i tillegg til kvinnenes opplevelser med prosessen, utforske hvordan sykepleierens holdninger og kommunikasjonsevner kan påvirke forløpet til den abortsøkende kvinnen.

1.5 Oppgavens avgrensning

I oppgaven vil jeg ta for meg provosert abort, og ikke spontanabort. Abort kan enten utføres kirurgisk eller medisinsk. Medisinsk abort er i dag den vanligste metoden for provosert

abort, da nærmere 90% av abortene som utføres i Norge i dag, gjøres medikamentelt (Helsedirektoratet, 2017). På grunnlag av dette avgrensers jeg oppgaven til å dreie seg om medisinsk abort. Kvinnen kan selv velge om aborten skal foregå på sykehus eller hjemme. Medisinsk abort kan utføres hjemme så lenge kvinnen er frisk, over 18 år og er mindre enn 9 uker inn i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2017). Siden oppgavens problemstilling er interaksjonen mellom sykepleieren og kvinnen, vil jeg avgrense oppgaven til å omhandle medisinsk abort utført på gynekologisk avdeling på sykehus. Aldersspennet for kvinner som utfører en medisinsk abort er bredt. Jeg har derfor valgt å inkludere kvinner over 16 år, fordi de er innenfor den lovlige aldergrensen for selvbestemt abort uten at foreldre eller verge har anledning til å uttale seg mot aborten (abortloven, 1976, § 9).

Jeg har valgt å ekskludere kvinner med psykisk utviklingshemming, siden fylkesmannen da må gi samtykke om vergen uttaler seg mot aborten (abortloven, 1976, § 9). Jeg har også valgt å ikke inkludere smertelindring, pårørendes rolle, eller aborter som gjennomføres etter 12.svangerskapsuke. Jeg vil legge særlig vekt på Joyce Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forhold i min drøfting. En av grunntankene i Travelbees teori om menneske-til-menneske-forhold er at termen «sykepleier-pasient-forhold» skaper en distanse (Travelbee, 1999). Til tross for dette vil jeg fortsette å bruke termene sykepleier og pasient, for å opprettholde en ryddig terminologi. I de delene av teksten der det er naturlig, vil jeg bruke «kvinnen» om pasienten og «hun» om sykepleieren, siden alle møtene foregår på en gynekologisk avdeling. Jeg kommer til å bruke «abort» som en samlebetegnelse for både medisinsk og kirurgisk abort, da de psykiske ettervirkningene kan oppleves like siden kvinnen har tatt valget selv.

1.6 Begrepsavklaring

Ivareta: Å ta vare på. Det samme som å ta hånd om noe/noen (Språkrådet, 2020).

Mental helse: Det åndelige, det som gjelder sjelelivet. Synonymt med psykisk helse (Språkrådet, 2020).

Provosert abort: Det samme som en kunstig fremkalt abort. Et inngrep i livmoren som stopper graviditeten og leder til en avbrytelse av svangerskapet (Birkler, 2014).

1.7 Oppgavens videre oppbygning

Videre i oppgaven vil jeg redegjøre for hva metode er. Deretter vil jeg presentere

litteratursøket og mine funn, før jeg gir en kort presentasjon av valgt forskning og kildekritikk. Så vil jeg presentere teoriene jeg har valgt å bruke, før jeg drøfter disse og presenterer min konklusjon for oppgaven.

2 Metode

I dette kapittelet vil jeg først gjøre rede for hva metode er. Så skal jeg forklare fremgangsmetoden for eget litteratursøk, med en tabell som gjenspeiler dette på en oversiktlig måte. Deretter vil jeg gi en kort presentasjon av forskningslitteraturen jeg har valgt å bruke i kapittel 4. Til slutt vil jeg presentere kildekritikk i forbindelse med litteraturen jeg har valgt å bruke.

2.1 Hva er metode?

Dalland (2017) beskriver begrepet metode som redskapet vi bruker i møte med noe vi vil undersøke, og skal hjelpe oss å samle inn data. Data beskrives som den informasjonen vi trenger til undersøkelsen. Metoderetningene kan deles opp i kvalitative og kvantitative metoder. Der kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, som for eksempel tall, vil de kvalitative metodene fange opp opplevelse og mening som ikke kan måles eller tallfestes. Begge metodene er verdifulle bidrag til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i. Forskningslitteraturen jeg har valgt å bruke i min oppgave, er i all hovedsak kvalitative forskningsmetoder. Dette er fordi mitt mål med oppgaven er å undersøke kvinners mentale helse i forbindelse med provosert abort, og hvordan sykepleier best kan ivareta kvinnene som gjennomgår dette. Dette er spørsmål som bedre kan besvares ved hjelp av en kvalitativt orientert metode. Jeg har brukt noen kvantitative artikler også, for å få et bredere perspektiv på oppgaven.

2.2 Litteratursøk og funn

Da jeg søkte etter relevant faglitteratur, gjorde jeg dette ved å lete etter bøker på skolebiblioteket. Om jeg manglet relevante bøker i forhold til temaet mitt, spurte jeg bibliotekaren om hjelp. Enkelte bøker jeg har brukt, var ikke tilgjengelige i biblioteket på skolen. Da søkte jeg etter disse i Oria og bestilte de til skolebiblioteket.

I mitt søk etter relevant forskningslitteratur, brukte jeg blant annet søkedatabasene Cinahl og PubMed, fordi jeg opplever disse databasene som fagspesifikke og oversiktlige. Videre begrenset jeg søket til «peer reviewed journals», siden jeg ønsket treff som er fagfelleurdert, og «abstract available» for å lettere kunne få oversikt over innholdet i

artiklene.

For å finne relevante artikler på norsk eller svensk, brukte jeg søkedatabasen SveMed+, der jeg brukte norske søkeord.

Den første databasen jeg brukte var Cinahl. Jeg begrenset søket til litteratur publisert de siste 10 år, samt engelskspråklige publikasjoner.

Jeg brukte i første omgang søkeordene «Abortion» AND «Experience» AND «Ambivalence». Søket ga da 7 treff. Jeg leste gjennom overskriftene og abstraktene og valgte ut artikkelen «Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester» (Kjelsvik et al., 2018¹), basert på relevans i forhold til problemstillingen min.

Videre kombinerte jeg søkeordene «abortion» AND «First trimester» AND «unsure». Da fikk jeg 3 treff, og valgte den første artikkelen: «Womens experience when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester» (Kjelsvik et al., 2018²).

Etter å ha brukt CINAHL som database, gikk jeg over til PubMed.

For å prøve å finne relevant litteratur knyttet til Skandinavia brukte jeg søkeordene «Abortion*» AND «Scandinavia*» AND «Experience*», og fikk da 6 treff. Et av disse var «Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review» (Petersen, Jessen-Winge, & Møbjerg. 2018).

Fordi denne ikke var tilgjengelig for meg online hjemmefra, logget jeg meg inn på Oria og fikk tilgang via min Feide-konto.

Jeg brukte SveMed+ for å søke etter relevante artikler på norsk eller svensk, eventuelt skrevet av norsk forfatter. Jeg brukte søkeordene «abort» og «depresjon».

Her begrenset jeg ikke søket til en gitt tidsperiode.

Søket ga 7 treff. Blant disse fant jeg «Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women» (Pedersen, 2008), som jeg valgte å bruke til tross for at den er skrevet på engelsk, siden overskriften og sammendraget var relevant.

Fordi jeg fortsatt ville bruke noe forskning skrevet på norsk, brukte jeg søkeordene «psykisk», «reaksjon*» og «abort». Da fikk jeg kun 1 treff: «Kvinneres psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort» (Broen et al, 2006).

Jeg fikk ikke åpnet dokumentet fra SveMed+, så da søkte jeg opp tittelen i Oria og fant den der.

Søkedatabase	Søkeord brukt	Antall søketreff	Artikkel valgt
Cinahl	Abortion AND Experience AND Ambivalens	7	«Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester»
Cinahl	Abortion AND First trimester AND unsure	3	«Womens experience when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester»
PubMed	“Abortion” AND “Scandinavia” AND “Experience”	6	«Scandinavian women’s experiences with abortions on request: a systematic review»
SveMed+	“Abort” “Depresjon”	7	«Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women»
SveMed+	“Psykisk” “Reaksjon*” “Abort”	1	«Kvinneres psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort»

2.3 Kort presentasjon av valgt forskningslitteratur

Følgende er en kort oversikt over de forskningsartiklene jeg har valgt å bruke. I kapittel 4 kommer jeg til å gjøre rede for resultatene og konklusjonene av disse.

Artikkel 1

«Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women»
(Pedersen, 2008).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke om provosert abort var en risikofaktor for etterfølgende depresjon.

Metode og funn: Kvantitativ kohort studie. Et representativt utvalg av kvinner i Norge ble undersøkt i alderen 15 -27 år, der spørsmål om depresjon, provosert abort, fødsel,

sosiodemografiske variabler, familierelasjoner og flere individuelle beskrivelser, ble dekket. Dette inkluderte også spørsmål som kunne avdekke om depresjonen kunne være relatert til andre årsaker enn selve aborten, som for eksempel tidligere depresjon. Resultatet viste at kvinner som gjennomførte abort i 20-årene har høyere risiko for å utvikle depresjon enn normalbefolkningen.

Artikkel 2

«Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review»
(Petersen et al., 2018).

Hensikt: I denne studien er hensikten å utforske kvinners personlige erfaringer med abort både før, under og etter prosedyren.

Metode og funn: Studien er utført som en systematisk litteraturstudie, der kvalitative funn ble inkludert. Det ble brukt en tre-steps søkestrategi for å identifisere publiserte og upubliserte studier fra 1973 til 2016. Det ble funnet 9 studier som møtte inklusjonskriteriene. Det ble valgt ut 6 studier som ble vurdert som tilfredsstillende i forhold til inklusjonskriterier og kvalitet. Dette ble gjort ved bruk av standardiserte vurderingsverktøy fra Joanna Briggs Institute (JBI). I disse studiene var det en total på 80 deltagere. Forskningsfunnene ble trukket ut og delt opp i tre hovedkategorier: opplevelser i forbindelse med avgjørelsesprosessen, opplevelser i forbindelse med prosedyren og opplevelser i etterkant av aborten. Resultatet viste at kvinnene hadde mange motstridende følelser i forkant og etterkant av aborten.

Artikkel 3

«Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester» (Kjelsvik et al., 2018¹).

Hensikt: Å forbedre forståelsen og kompetansen til helsepersonell med tanke på å ivareta kvinner som er gravide og har ambivalente følelser relatert til graviditeten. Målet med studiet er å utforske opplevelsene til kvinner som er usikre på om de vil ta abort eller fullføre

svangerskapet.

Metode og funn: En kvalitativ studie med fokusgruppe-intervjuer av helsepersonell fra fire gynekologiske avdelinger i Norge. Funnene viste at avgjørelsesprosessen før en abort oppleves som stressende både for kvinnene og helsepersonellet. Helsepersonellet følte det var en balansegang med tanke på å involvere seg i kvinnenes situasjon uten å påvirke valget deres.

Artikkel 4

«Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester» (Kjelsvik et al., 2018²).

Hensikt: Studiens hensikt var å utforske kvinners indre liv når de føler ambivalens i forhold til graviditet og muligheten for abort. Da det er få studier på dette, søker denne studien etter å innhente kunnskap om temaet for å belyse helsepersonell og øke kompetansen deres til å kunne håndtere kvinner som må ta et slikt valg.

Metode og funn: Kvalitativ studie. 13 gravide kvinner mellom 18 og 36 år ble intervjuet to ganger. Én gang før, og én gang etter de hadde tatt sin endelige avgjørelse om de vil ta abort eller fullføre svangerskapet. Dette gjorde det mulig for forfatterne å gripe tak i forandringene i kvinnenes usikkerhet om avgjørelsen, over tid. Funnene viste at kvinnene følte en eksistensiell ensomhet i prosessen, og at deres egne verdier ble utfordret.

Artikkel 5

«Kvinneres psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort» (Broen et al., 2006).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å kartlegge de psykologiske ettervirkningene kvinner kan oppleve etter en spontanabort eller provosert abort.

Metode og funn: Studien er lagt opp som en kvantitativ studie. Den ble utført i løpet av en periode på fem år, der de kartla de psykologiske ettervirkningene til 39 kvinner som hadde gjennomgått en spontanabort og 70 kvinner som hadde gjennomgått en provosert abort. Dette gjorde de gjennom intervjuer, spørreskjemaer og psykologiske tester. Funnene viste at kvinner som hadde gjennomgått en provosert abort hadde høyere skår på både depresjon, angst og traumer enn normalbefolkningen.

2.4 Kildekritikk

Dalland (2017) skriver at oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet, og at det første steget er å fastslå om opplysningene er sanne. Man må også sjekke om opphavet til kilden er pålitelig.

Jeg har brukt pensumlitteraturen for bachelorstudiet i sykepleie som kilder i denne oppgaven. Om jeg trengte mer utfyllende litteratur ut over pensumlitteraturen, lånte jeg disse fra skolens bibliotek, eller ved fjernlån om boken ikke var tilgjengelig på biblioteket på skolen. Jeg har benyttet meg av hjelp fra bibliotekpersonell om jeg trengte råd til relevant faglitteratur. Jeg mener derfor at lærebøkene og fagbøkene jeg har benyttet er til å stole på, da disse er kvalitetssikret. I forhold til egne, personlige meninger om abort, har jeg siktet etter å forholde meg nøytralt i skrive- og søkeprosessen, både etisk og politisk. Jeg har også brukt skjønn i forhold til litteraturen jeg har brukt, og analysert hvorvidt forfatterne holder seg etisk og politisk nøytrale til temaet. Jeg har derfor utelatt bruk av bøker som kan oppfattes som partiske.

Jeg har for det meste benyttet meg av engelskspråklige forskningsartikler, og én bok skrevet på dansk. En svakhet ved dette er at jeg har oversatt disse til norsk. Jeg kan derfor ha oversatt eller tolket innholdet i teksten feil. Jeg har benyttet meg av både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. En svakhet ved kvalitative studier er at intervjugruppene ofte er små og erfaringen personlig, og man bør derfor ta høyde for at resultatet ikke er representativt for en større befolkning. Svakheten med kvantitative studier med den tematikken jeg har valgt, er at de kan vise et generelt og overfladisk resultat, uten å gå i dybden på opplevelser og følelser. Jeg har likevel valgt å benytte meg av begge deler, da det til sammen kan gi et bedre bilde på tematikken. To av artiklene jeg har valgt er over 10 år gamle (Pedersen, 2008) (Broen et al., 2006). Jeg har allikevel valgt å bruke disse fordi jeg mener resultatene fortsatt er relevante i dag. Artikkelen til Petersen et al. (2018) er ikke en primærkilde. Denne valgte likevel jeg å bruke fordi forskningsmetoden gir et større bilde på tematikken. En annen svakhet ved artikkelen til Broen et al. (2006) er at den også tar for seg spontan abort, som ikke er en av mine inklusjonskriterier. Resultatene for spontan abort og provosert abort blir begge sammenliknet med normalbefolkningen, og ikke hverandre. Jeg anser derfor resultatene for provosert abort som like relevante for min oppgave. En annen svakhet ved denne studien er at den tar for seg kirurgisk abort, og ikke medisinsk abort. Jeg

inkluderte den likevel, fordi jeg mener kirurgisk abort er sammenlignbart med medisinsk abort i forhold til de psykiske ettervirkningene kvinnene kan oppleve.

3 Teori

I følgende kapittel vil jeg presentere og redegjøre for teorien jeg har valgt å bruke i kapittel 4.

3.1 Joyce Travelbees' menneske-til-menneske-forhold

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

En av de grunnleggende tankene i Travelbees' teori er at en av oppgavene til den profesjonelle sykepleieren er å etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Et slikt forhold kjennetegnes ved at sykepleieren og pasienten oppfatter hverandre som unike individer og forholder seg til hverandre deretter. Teorien baserer seg på at en «sykepleier» og en «pasient» ikke kan nå helt frem til hverandre, og at en reell kontakt mellom disse først skjer når begge parter i interaksjonen opplever den andre som et unikt menneske. Dermed bruker ikke Travelbee termen sykepleier-pasient-forhold.

Menneske-til-menneske-forholdet er et virkemiddel for å oppnå det endelige målet for sykepleiekompetanse, som ifølge Travelbee (1999) er å gi pasienten hjelp til å mestre sine problemer i forbindelse med sykdom og lidelse. For å skape et menneske-til-menneske-forhold må sykepleier bevisst gå inn i hver situasjon med hensikt om å lære pasienten å kjenne. Dette må bygges opp, og oppbygningen må gå gjennom fire sammenhengende faser før menneske-til-menneske-forholdet kan oppstå (Travelbee, 1999).

3.1.1 Fasene i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold

Den første fasen kaller Travelbee (1999) for *det innledende møtet*. I denne fasen observerer kvinnen og sykepleieren hverandre og de danner seg meninger om den andre. Verbal og nonverbal kommunikasjon vil spille en stor rolle i det innledende møtet. For å kunne bygge et forhold til hverandre, må dette gjøres uten merkelapper og kategorier. Det vil da være sykepleierens oppgave å bryte eventuelle stereotypiske oppfatninger av hverandre, slik at forholdet kan nå neste fase. Den neste fasen vil være *fremveksten av identiteter*.

Kategoriseringen av den andre vil dominere mindre og oppfattelsen av den andre vil være i

større grad basert på deres identitet og personlighet. Dette vil legge grunnlaget for *empatifasen*. I denne fasen vil man ha evnen til å leve seg inn i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. En viss grad av likhetstrekk i tillegg til et ønske om å forstå den andre, er vesentlig for å oppnå empatifasen. Sykepleier må i tillegg til dette akseptere den hun har omsorg for. Det vil si å tilgi at personen er ulik henne selv, og vise toleranse og anerkjennelse ovenfor personens atferd. *Sympati og medfølelse* er neste fase i forholdet. Her kjenner sykepleieren en trang eller ønske om å lindre pasientens plager. Hun er da personlig involvert, men allikevel ikke passivisert av dette. Sykepleieren anser ikke lengre pasienten som «en jobb som må gjøres», men ønsker å hjelpe fordi hun anser pasienten som et unikt individ. Dette blir av sykepleieren formidlet gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Anvendes dette riktig, kan det være utslagsgivende for pasientens evne til å håndtere situasjonen sin. *Sympati og medfølelse* legger grunnlaget for tillit, og om tillit skapes vil utviklingen gå videre til neste fase. Den neste fasen er gjensidig forståelse og kontakt, som er erfaringsspekteret for menneske-til-menneske-forholdet, og det overordnede målet for sykepleie (Travelbee, 1999).

En forutsetning for å ikke stagnere i fasene er å streve etter å oppnå en ikke-dømmende holdning. Dette vil si at en oppfatter den andre på en ikke-bebreidende og fordomsfri måte. Hun poengterer at en ikke-dømmende holdning er en myte, siden vi alle har en tendens til å bedømme andre og deres atferd. Dette er knyttet til vårt eget atferdsmønster og i hvilken grad den andres atferd avviker fra vår egen. Sykepleier må derfor være bevisst på sine egne holdninger, slik at hun kan evaluere hvordan dette kan innvirke på hennes møte med personen. Om det ikke er mulig for sykepleieren å endre holdningene sine, må hun jobbe for at det ikke skal påvirke hennes omsorg ovenfor pasienten (Travelbee, 1999).

3.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en naturlig og medfødt evne alle mennesker har. Fra vi blir født og gjennom hele livet, kommuniserer vi med omverdenen (Eide og Eide, 2017).

Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon er en handling/atferd og en prosess. Det krever alltid en avsender, en mottaker og en mening/et budskap som forstås av begge parter. Det er blant annet gjennom kommunikasjon at sykepleieren viser omsorg for kvinnen, og som regel skjer dette i form av blick eller måten hun utfører tjenestene sine på. På samme måte er det også gjennom kommunikasjon at kvinnen gir uttrykk for hvorvidt hun oppfatter

sykepleieren som et hjelpende menneske. Travelbee hevder videre at kommunikasjon er en aktiv kraft som kan ha stor påvirkning på det mellommenneskelige forholdet i en sykepleiesituasjon. Avhengig av hvordan man kommuniserer, kan det ha makten til å enten trekke mennesker nærmere eller støte dem vekk. All interaksjon sykepleieren har med kvinnen, gir henne muligheten til å bli kjent med henne som menneske, og etter hvert etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999).

Eide og Eide (2017) beskriver at god profesjonell kommunikasjon er faglig forankret og personorientert. At det er personorientert vil si at man ser mottakeren som en hel person, med iboende ressurser, egne verdier, egne prioriteringer og ønsker og mål i forhold til sin egen helse og livssituasjon. Dette innebærer at man lytter aktivt og ser på den andre som en unik person, samt utforsker og anerkjenner det den andre opplever som verdifullt og viktig. I korte trekk kan man si at personorientert kommunikasjon betyr å være tilstedeværende i samtalen og lytte aktivt, slik at den andre opplever å bli sett, hørt og forstått.

3.2.1 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon vil si at man overfører et budskap uten hjelp av muntlige eller skriftlige ord. I stedet overfører man budskapet ved hjelp av kroppsspråk og bevegelser, gester, berøring, blikk og ansiktsuttrykk. Det kan også omfatte lyder, som gråt, stønning eller skriking. Også når man tier, kommuniserer man non-verbalt. Nonverbal kommunikasjon er noe vi bruker kontinuerlig i vårt daglige språk. I muntlig samtale, bruker man også nonverbal kommunikasjon, som gir budskapet flere dimensjoner (Travelbee, 1999).

Det er viktig å være oppmerksom på den andres nonverbale uttrykk, da dette kan hjelpe oss å oppfatte informasjon som kommer til uttrykk uten bruk av ord. På samme måte er det viktig at sykepleier er bevisst på sitt eget nonverbale språk, da dette kan signalisere hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe. Dette kan være avgjørende for om pasienten føler seg trygg og ivaretatt (Eide & Eide, 2017).

Den viktigste funksjonen til nonverbal kommunikasjon er å skape en tillit og trygghet den andre trenger for å kunne åpne seg og dele tanker og følelser. Dette kan muligens gjøres ved å møte den andre på en bekræftende, oppmuntrende og støttende måte. Vårt nonverbale språk kan i kombinasjon med vårt verbal språk vise enten kongruens eller inkongruens. Ved kongruens er det en overensstemmelse med det vi sier, og det vi ikke sier. Om for eksempel en person sier at de har det bra og samtidig smiler og virker avslappet, kan dette tyde på

kongruens; det nonverbale underbygger det verbale. Inkongruens er det motsatte: det verbale personen uttrykker stemmer ikke overens med det nonverbale språket deres. Inkongruens kommer ofte av en splittelse mellom følelser og rolleforventninger. Sykepleiere må være klar over sin egen inkongruens ovenfor pasienter, og finne ut hva som skaper splittelsen mellom det vi sier og det vi uttrykker nonverbalt. Det er en stor gjennomslagskraft i det nonverbale, og spesielt om det oppleves som inkongruent. Det kan derfor være utslagsgivende på om det skapes tillit – eller mistillit (Eide & Eide, 2017).

3.3 Mental helse

3.3.1 Skam og skyldfølelse

Skam og skyld blir ofte brukt i samme kontekst, men det er en viktig differensiering mellom disse. Skam er en følelse, mens skyld er et juridisk, rettslig og etisk begrep. Derimot er skyldfølelse for ting som er uheldig eller belastende knyttet sterkt opp mot følelsen av skam. Da snakker vi ofte om en form for falsk skyldfølelse (Farstad, 2016). Om man da skal skille mellom skam og skyld, kan man referere til skyldfølelse som knyttet til noe du har gjort. Skam er på den andre siden knyttet til den du er (Farstad, 2016). Farstad (2016) viser til Tantam (1998) som hevder det er en sammenheng mellom skam og depresjon. Både skamfølelser og skyldfølelser er ofte funnet i følelseslivet til deprimerte mennesker.

3.3.2 Traumatiske kriser

Hver gang man står ovenfor en ny situasjon innebærer dette en psykologisk utfordring. Man går da gjennom en problemløsningsprosess som bygger opp en ny kunnskap og handlingsrepertoar som man kan bruke senere. Om tidligere lærdom ikke er nok til å kunne mestre en situasjon som har oppstått, kan en krise oppstå (Wiklund-Gustin, 2016). Traumatiske kriser kan oppstå om en situasjon ligger utenfor det vi kan kalle en hverdagslig utfordring eller normal livssyklus. Hvor mye man vektlegger en hendelse i livet, har stor betydning for om den utløser en krise eller ikke. Enkelte type hendelser vet vi at ofte innebærer en psykisk belastning, og kan gi økt risiko for en krisereaksjon. Både abort og sosial skam er situasjoner som kan utløse traumatiske kriser (Wiklund-Gustin, 2016).

3.3.3 Angst og depresjon

Wiklund-Gustin (2016) skriver at traumer og tap kan bidra til at en person kan utvikle angst og depresjon. Angst kan vise seg i form av endringer i opplevelse, tanker, følelser, atferd og kroppen. Om en person føler seg sårbar i en situasjon, vil angst forsterke denne sårbarheten (Håkonsen, 2017). Det er ikke uvanlig å trekke seg tilbake og unngå situasjoner som kan minne en på ubehagelige følelser. På lang sikt vil ikke dette fungere, siden man kan føle man ikke mestrer tilværelsen. Dette kan føre til en følelse av skyld og skam, som er vanlige følelser ved depresjon (Wiklund-Gustin). Depresjon kjennetegnes ved at personen opplever blant annet nedstemthet, nedsatt gledefølelse og forstyrret søvn. Ofte opplever også personen nedsatt selvfølelse, i tillegg til sterk skyldfølelse og selvbebreidelse (Håkonsen, 2017). Depresjon kan i dynamisk teori forklares som en reaksjon på en tapsopplevelse. Opplevelsen av tap kan reaktivere frykten for avvísing, som er en av de sterkeste negative følelsene man kan oppleve (Håkonsen, 2017). Som teorien om angst og depresjon viser, er disse følelsene ofte koblet til hverandre der den ene kan lede til den andre.

3.4 Lovverk i forbindelse med abort

Både leger og sykepleiere kan ifølge loven få fritak fra å utføre eller assistere ved abort på grunnlag av samvittighet. Helsepersonell som gir kvinnen stell og pleie før, under og etter svangerskapsavbruddet kan ikke reservere seg mot dette. Om det er en medikamentell abort, gjelder retten til fritaket for helsepersonell som forskriver eller administrerer medikamentet. Dette gjelder selv om kvinnen selv inntar medikamentet (abortforskriften, 2001, § 15). For å sikre at sykehusene allikevel følger sine plikter i forhold til at alle kvinner skal ha rett til å få avbrutt svangerskapet, kan det i stillingsutlysninger for helsepersonell fastsettes i ansettelsesvilkårene at de må være villige til å påta seg oppgaver og plikter som påhviler avdelingen eller institusjonen. Dette kan også gjelde svangerskapsavbrudd. Om helsepersonell søker en stilling på et sykehus/institusjon der svangerskapsavbrudd kan bli utført, skal ved forespørsel oppgi om de ønsker reservasjon mot dette (abortforskriften, 2001, § 17).

3.5 Redegjørelse for artiklene

Artikkel 1

«Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women»
(Pedersen, 2008).

Hensikten med denne kvantitative studien var å finne ut om kvinner som har gjennomgått en abort har økt risiko for å utvikle depresjon i ettertid. Resultatet viste en signifikant økning i depresjon hos kvinner som hadde tatt abort i alderen 21-26 år, også etter at resultatet med justert med hensyn til andre medvirkende faktorer. Kvinnene som hadde fått utført en abort da de var mellom 15-20 år viste ingen økning i risiko for depresjon.

Artikkelens forfatter drøfter hvorvidt årsaken til depresjonen kan være følelser av skyld, tap og lav selvfølelse som oppstår i tiden etter en abort. Sosiokulturelt klima kan også ha en innvirkning på dette. I lys av disse funnene, påpeker forfatteren at kvinner som har gjennomgått en provosert abort kan ha nytte av oppfølging etter inngrepet.

Artikkel 2

«Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review»
(Petersen et al., 2018).

Denne studien har som hensikt å øke forståelsen av hvordan kvinner opplever prosessen før, under og etter abort. Resultatet av studien viste at kvinnene før abortinngrepet, hadde ambivalente følelser av glede, skyld og skam. Gleden over å være gravid og bekreftelsen på sin egen fruktbarhet. Skyld og skam over at de ikke hadde klart å forhindre dette, da de fleste kvinnene mente det var kvinnens ansvar å skaffe og bruke prevensjon. Under selve aborten, enten den var medisinsk eller kirurgisk, opplevde de helsepersonellet som profesjonelle og dyktige i forhold til de fysiske behovene deres. De opplevde derimot mangel på hensyn til de psykologiske og eksistensielle behovene de måtte ha. Til tross for at enkelte av kvinnene opplevde den nøytrale holdningen som positivt, savnet majoriteten av kvinnene en psykisk omsorg fra helsepersonellet. I etterkant av aborten følte majoriteten av kvinnene en lettelse, i kombinasjon med en følelse av tap. Enkelte av kvinnene følte også anger og/eller skyldfølelse.

Artikkel 3

«Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester» (Kjelsvik et al., 2018¹).

Hensikten med denne studien er å forbedre forståelsen og kompetansen til helsepersonell som møter ambivalente, gravide kvinner. Målet var å utforske erfaringene knyttet til møtene med kvinner som har motstridene følelser rundt å fullføre svangerskapet eller ta abort. Flere av helsepersonellet som ble intervjuet, beskrev at situasjonen med å forberede kvinnen til aborten ble oppfattet som stressende for både kvinnen og helsepersonellet. De følte de hadde for liten tid med kvinnene, og kombinerte samtalen med utleveringen av det første medikamentet. De opplevde at mange av kvinnene kunne få kroppslige reaksjoner som svimmelhet og kvalme, og føle stress på bakgrunn av livssituasjon og begrenset tid til å ta avgjørelsen. De var også klar over at noen av kvinnene kunne få ambivalente følelser underveis i konsultasjonen. Konklusjonen i studien er at helsepersonell som jobber med usikre gravide kvinner, ofte følte et ansvar for at kvinnene skulle være sikre i sitt endelige valg. De måtte de også ha en fokusert oppmerksomhet mot kvinnen under konsultasjonen, for å eventuelt avdekke en følelse av usikkerhet. De beskrev det som en hårfin balanse mellom å involvere seg i kvinnen, men samtidig ikke påvirke valget hennes. Til tross for at de oppfattet kvinnene som autonome, ble de ofte i varierende grad personlig involvert og dermed konfrontert med sine egne verdier og moral. Det var et ønske for alle intervjuobjektene å innføre en debriefing for helsepersonell etter vanskelige konsultasjoner.

Artikkel 4

«Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester» (Kjelsvik et al., 2018²).

Hensikten med denne studien er å få innsikt i kvinners tanker og følelser når de er usikre på om de vil ta abort eller fullføre et svangerskap. Målet med denne innsikten er å øke helsepersonellens kunnskap i hvordan man skal håndtere konsultasjoner med kvinnene. Studien viser flere aspekter ved kvinnenens indre liv i prosessen med å ta en avgjørelse. Mange av kvinnene følte at det var en ensom reise. Noen valgte å inkludere en nær person i

prosessen, men samtidig kjente på ansvaret over at valget er deres eget. De ble konfrontert med sine egne tanker om de var klar for å få barnet, eller hadde kapasitet til å kunne gjennomføre svangerskapet. Mange følte en indre konflikt relatert til egne verdier og moral, og at de fryktet å bli dømt av andre. Helsepersonellets holdning og non-verbale uttrykk avgjorde i mange tilfeller om kvinnene følte de kunne åpne seg for dem i forhold til de motstridende følelsene de hadde. I etterkant av avgjørelsen, enten de tok abort eller fortsatte svangerskapet, følte majoriteten av kvinnene en lettelse over at de hadde tatt et valg.

Artikkel 5

«Kvinneres psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort» (Broen et al., 2006).

Studien har som hensikt å kartlegge kvinners psykiske ettervirkninger etter spontan og provosert abort, de første fem årene etter hendelsen. Kvinnene som hadde gjennomført en provosert abort hadde en betydelig høyere skår på angst enn normalbefolkningen ved alle intervju tidspunktene. De hadde også en betydelig høyere skår for depresjon etter 10 dager og 6 måneder i forhold til normalbefolkningen. I forhold til gruppen som hadde gjennomgått en spontanabort, hadde gruppen med provosert abort en lavere skår på følelsen av sorg og tap. De hadde derimot en større følelse av skyld og skam ved nesten alle intervju tidspunktene, enn gruppen hadde hatt spontanabort. Kvinnene med provosert abort hadde også langvarige, og nesten uforandrede verdier på unngåelsesdelen av traumetesten. De bearbeidet ikke hendelsen effektivt, siden de ofte unngikk å tenke på, snakke om og forholde seg til aborten.

Konklusjonen i studien er at kvinner som gjennomgår en provosert abort ikke reagerer så kraftig kort tid etter aborten, men derimot får mer langvarige psykiske ettervirkninger.

4 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg på bakgrunn av teorien presentert i kapittel 3, drøfte hvordan sykepleier kan ivareta den mentale helsen til kvinner i forbindelse med provosert abort. Jeg vil drøfte teori, funn og egne resonnementer i følgende underkapitler der jeg anser de som hensiktsmessige.

4.1 Abort og psykiske ettervirkninger

På veien mot å finne ut hvordan en sykepleier kan ivareta den mentale helsen til kvinner i forbindelse med provosert abort, er det først og fremst viktig å være klar over hva slags psykiske ettervirkninger en abort kan føre med seg, og årsakene til disse. Forskning peker mot at kvinner kan oppleve motstridende følelser før den endelige avgjørelsen om å ta abort. Kvinnene kunne oppleve en glede ved graviditeten, samtidig som de følte skam og skyld (Petersen et al., 2018).

Ambivalente følelser bekreftes også i studien til Kjelsvik et al., 2018² som skriver at cirka 10-18% av kvinnene som etterspør abort, fortsatt er usikre når de kommer til sykehuset.

Sykepleiere må derfor være klar over at dette er normale tanker og følelser for kvinner som står ovenfor et slikt valg. Forfatteren skriver likevel videre at det kun er et fåtall av kvinner som føler usikkerhet i forhold til valget (Kjelsvik et al., 2018²). Det er likevel viktig at sykepleieren er klar over at kvinner kan oppleve psykiske ettervirkninger i forbindelse med abort.

Broen et al. (2006) påpeker at kvinner som har gjennomført en abort, har en høy skår på angst, depresjon og traume i opptil flere år etter inngrepet. Selv om kvinnene hadde en høyere skår på følelsen av lettelse enn gruppen som hadde gjennomgått en spontan abort, hadde de samtidig en høyere skår på følelsen av skyld og skam (Broen et al., 2006). Fordi kvinnene har gjennomført et lovlig abortinngrep, kan denne skyldfølelsen anses som en form for falsk skyldfølelse, fordi de ikke har gjort noe juridisk galt. Denne typen skyldfølelse er sterkt knyttet opp mot følelsen av skam (Farstad, 2016). Da bør sykepleieren ha kunnskap om at skam og skyldfølelse kan lede til depresjon og angst.

Broen et al. (2006) påpeker i sin forskning at kvinnene som frivillig tok abort, hadde nærmest uforanderlige verdier på unngåelsesdelen av traumetesten i de 5 årene studien varte. Dette var fordi kvinnene ikke tillot seg selv å bearbeide hendelsen siden de ofte unngikk alt som

kunne vekke følelser i forhold til valget sitt. Det kan tenkes at årsaken til denne unngåelsen bunner i den falske skyldfølelsen og skammen de bærer.

Som Wiklund-Gustin (2016) hevder kan traumer bidra til utviklingen av angst og depresjon, og det kan derfor tenkes at unngåelsesadferden ved skam og skyld etter hvert kan føre til angst og depresjon hos kvinnene.

I en av studiene påpeker forfatteren at kvinner som føler ambivalens i forkant av inngrepet, har høyere risiko for psykiske ettervirkninger (Kjelsvik et al., 2018²) noe som også påpekes i en studie av samme forfatter (Kjelsvik et al., 2018¹). Dette leder til spørsmålet om det faktisk er slik at kun et fåtall av kvinner har motstridende følelser i forkant av avgjørelsen.

Som tidligere påpekt viser forskning at kvinner som har gått gjennom en provosert abort skårer høyere på både traumetester og angsttester (Broen et al., 2016), samt depresjonstester (Pedersen, 2008) enn normalbefolkningen. Om man da trekker en sammenheng mellom ambivalente følelser i forkant av abort og psykiske ettervirkninger, kan man undre seg om det kanskje er flere kvinner enn man tror som føler ambivalens. Dette er noe man som sykepleier må både spørre seg, og forsøke å kartlegge i hver enkel kvinne sitt tilfelle. Kjelsvik et al. (2018²) argumenterer også med at de kvinnene som har høy risiko for psykiske ettervirkninger, ofte er kvinner som tidligere har hatt psykiske sykdommer. I studien gjort av Broen et al. (2006) påpeker forfatterne at testen de har brukt for å måle depresjon og angst ikke er spesifikt knyttet opp til aborthendelsen. Forfatteren hevder derfor at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom angst, depresjon og abort (Broen et al., 2006). Som sykepleier må man ta høyde for at man ikke vet hele forhistorien til kvinnene man har omsorg for, og være taktfull og oppmerksom med hensyn til dette. I studien til Pedersen (2008) derimot, ble tidligere historikk med depresjon tatt med i beregningen, og resultatet justert deretter. Allikevel forble resultatet for depresjon etter abort signifikant. Dette kan tyde på at kvinner, uavhengig av forhistorie, kan oppleve depresjon som ettervirkning av abort. Derfor bør sykepleieren ta utgangspunkt i at dette kan ramme kvinner uavhengig av forhistorie.

Som nevnt tidligere, viser flere av forskningsartiklene til at følelsen av skam og skyld er noe av det kvinner kan oppleve etter en abort. Man kan også tenke seg til at ubehagelige følelser

som disse, kan lede til unngåelsesatferd grunnet traume. Som Wiklund-Gustin (2016) påpeker kan traume og ubearbeidede følelser over tid, føre til angst og depresjon. Dermed må man utforske hvorfor denne følelsen av skyld oppstår i utgangspunktet. Det er mulig at skyldfølelsen i etterkant kan ha rot i en form for ambivalens i forkant av avgjørelsen. Om sykepleier klarer å oppfatte denne ambivalensen hos en kvinne, kan hun prøve å veilede og informere henne, slik at hun blir mer sikker i valget hun til slutt tar.

Kjelsvik et al. (2018¹, 2018²) understreker i begge studiene sine at ambivalens i forkant av abort er en risikofaktor for psykiske ettervirkninger. Med tanke på resultatene til Broen et al. (2016) er det rimelig å anta at det er flere kvinner enn man tror som føler ambivalens i forkant av abortinngrepet enn studiene til Kjelsvik et al. (2018¹, 2018²) viser. På en annen side er det også en mulighet for at ambivalens i etterkant av aborten, også kan føre til angst og depresjon. Både Petersen et al. (2018) og Broen et al. (2006) påpeker i sine studier at kvinnene opplevde både lettelse og skyldfølelse etter aborten – to motstridende følelser. Det kan dermed være verdt for sykepleieren å ta med i beregningen at ambivalens etter inngrepet også kan være en risikofaktor for depresjon. Et annet viktig poeng som er beskrevet i studien til Pedersen (2008) er at aldergruppen med forhøyet risiko for depresjon etter abort er de mellom 21 og 26 år. Innledningsvis informerer forfatteren også om at kvinner i alderen 20-24 år har høyest abortstatistikk. Dette kan tyde på at uavhengig av årsak, er det grunnlag for å anta at mange kvinner vil oppleve psykiske ettervirkninger av en abort. Om dette er tilfelle er det viktig kunnskap for sykepleieren å ha om hun møter kvinner i denne aldersgruppen i forbindelse med abort.

4.2 Kvinnenes møte med helsepersonell

Etter gjennomgang av forskningen, tyder det på at kvinner som har gjennomført en abort ofte kan slite med følelser av skam og skyld, samt etterfølgende angst og depresjon. På veien mot å finne ut hvordan sykepleiere kan ivareta kvinners mentale helse i situasjonen de befinner seg i, er det verdt å utforske hvordan kvinnene faktisk opplever møtet med helsepersonellet. I studien til Petersen et al. (2018) kom det frem at kvinnene som gjennomgikk en abort, ofte følte at helsepersonellet var profesjonelle og flinke med tanke på å ivareta deres fysiske behov. De følte derimot at det var lite eller ingen fokus på deres følelsesmessige og eksistensielle behov. Mange av kvinnene savnet å føle seg ivaretatt på et

mentalt plan og søkte senere psykologisk hjelp. Derimot var det en liten andel av kvinnene som satte pris på den nøytrale holdningen til helsepersonellet. Imidlertid ser det ut til at de fleste kvinner som gjennomgår en prosess for å ta abort, kan trenge mental støtte og hjelp fra helsepersonell. Siden det sykepleieren som tilbringer mesteparten av tiden med kvinnen, er det hennes oppgave å sørge for at hun får mental støtte og hjelp. Sykepleieren som ivaretar disse kvinnene, må være oppmerksom på hver enkelt kvinne og tilstrebe å oppnå en gjensidig forståelse og kontakt med henne. Det er slik man evner å se kvinnen som et unikt individ og møte de behovene hun har.

I studien til Kjelsvik et al. (2018²) beskriver kvinnene at de ofte fryktet at de i møte med helsepersonell skulle bli møtt med fordommer og et kritisk blikk. På den ene siden beskrev mange av kvinnene at de ble skuffet i møte med helsepersonellet. Følelsen av å bli ignorert eller møtt med en negativ holdning, økte følelsen av å stå i valget alene. Mange av kvinnene sier de hadde satt pris på en nøytral person de kunne snakke om følelsene sine med. Sykepleieren skal være der for kvinnen slik at hun føler seg mindre ensom i valget sitt. For å unngå å fremstå som usympatisk må sykepleieren nå fasen der hun føler genuin sympati og medfølelse. Det var også noen av kvinnene som ble møtt med interesse, engasjement og en personlig involvering i hennes situasjon som unik. Dette fortalte de at bidro til å lette noen av de vonde følelsene. De fleste av kvinnene var klar over at helsepersonellet ikke kunne løse problemene deres, men at de kunne bidra til en følelse av å ikke bli dømt (Kjelsvik et al., 2018²). Dette belyses også av Pedersen (2008) som drøfter at man må ha i tankene at mange kvinner er redd for fordommer fra andre. I en av studiene ble det også poengtert at helsepersonellet som møter kvinnene, må ta hensyn til hver enkelt kvinnes behov, uansett hvilken årsak det er til at hun tar abort (Petersen et al., 2018).

Det kan se ut til at det er et behov for å sette søkelys på de følelsesmessige og eksistensielle behovene til kvinnene. Men om kvinnene ikke forteller helsepersonell hva de føler i forkant eller etterkant av abort, er det vanskelig å vite om de har behov for hjelp til å håndtere vonde følelser. For å føle seg trygg nok på en annen til å kunne uttrykke følelser, krever det tillit. Travelbee (1999) påpeker at det er sykepleierens oppgave å opparbeide dette, ved å vise kvinnen at hun er til å stole på.

4.3 Å skape tillit

Som tidligere drøftet i teksten, kan en mulig årsak til psykiske ettervirkninger hos kvinnene være at de har motstridende følelser med tanke på å gjennomføre en abort. Andre kan få motstridende følelser i etterkant av en abort. For å kunne åpne opp for en samtale med kvinnene om hva de føler, mener Kjelsvik et al. (2018¹) at dette krever en personrettet oppmerksomhet til kvinnen. Dette bekreftes også av Travelbee (1999) som skriver at en av sykepleierens oppgaver er å bli bevisst på hvordan hun oppfatter kvinnen, og i hvilken grad hun klarer å oppfatte henne som et unikt individ.

Sykepleiere som har blitt intervjuet har forklart at de i varierende grad har forsøkt å bli involvert i kvinnens unike livssituasjon (Kjelsvik et al., 2018¹). De beskriver at involveringen ofte ledet til at de ble emosjonelt berørt og overveldet (Kjelsvik et al., 2018¹). Travelbee derimot skriver at sykepleier er nødt til å være følelsesmessig engasjert for å kunne opprette et menneske-til-menneske-forhold. Om en opplever å bli såpass overveldet av følelser på en annens vegne slik at man blir handlingslammet, kan dette imidlertid tyde på over-identifisering. Over-identifisering handler ikke om at man er bløthjertet eller bryr seg for mye, men at man adapterer den andres følelser i den grad at man ikke klarer å skille mellom seg selv og den andre som et unikt individ. En slik tilnærming kan hindre forholdet i å gå videre til en gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999). Sykepleiere kan ha tidligere erfaring med abort, enten profesjonelt eller personlig. For å unngå å over-identifisere, må sykepleieren klare å se pasienten som det unike mennesket hun er, i stedet for en forlengelse av seg selv. Travelbee påpeker likevel videre at det å ikke la seg involvere i pasientens unike situasjon, kan være til hinder for utvikling av sympati og medfølelse. En slik sykepleier vil oppleves som mekanisk og upersonlig i sin tilnærming, og kvinnen kan da bli fratatt den støtten hun trenger i en vanskelig situasjon (Travelbee, 1999). Dette bekrefter noen av kvinnene i studien som beskriver hvordan sykepleierens væremåte var medvirkende til om de våget å åpne seg om følelsene sine (Kjelsvik et al., 2018²). For å oppnå denne tilliten, må sykepleier ifølge Travelbee (1999) klare å opprette et menneske-til-menneske-forhold til kvinnen.

Et menneske-til-menneske-forhold kommer ikke av seg selv, men må bygges opp med kvinnen dag for dag (Travelbee, 1999). Sykepleieren skal likevel bevisst gå inn for å skape

denne relasjonen med alle pasienter hun møter, enten det er over lengre eller kortere tid. Sykepleierne som ivaretar kvinnen som gjennomfører aborten på sykehuset tilbringer vanligvis ikke flere dager sammen med henne, og må dermed jobbe for å skape en gjensidig forståelse og kontakt på kort tid. Etter erfaring fra egen praksis har jeg opplevd dette som mulig; en tillit fra pasienten som har gitt rom for personen til å uttrykke vanskelige følelser. Likevel kan den raske tilknytningen i dette tilfellet være tilfeldig. Dette er fordi en av forutsetningene for å komme forbi det innledende møtet er at man opplever en noe gjenkjennbart hos den andre, som man assosierer med noe godt. Det kan også komme av at man føler seg anerkjent (Travelbee, 1999). Hva som er gjenkjennbart i en selv hos den andre, og om dette assosieres med noe godt, er det vanskelig å kontrollere. Å gi uttrykk for at man anerkjenner den andre, er derimot noe man som sykepleier kan bli bevisst på å formidle.

Tillit vil likevel ikke kunne opprettes allerede ved det innledende møtet, og sykepleier og pasient må fortsatt klare å anerkjenne hverandre som unike individer for å komme videre til empatifasen. Om denne fasen opprettes kan man bevege seg over i fasen der sympati og medfølelse foreligger, og tillit kan bygges opp mellom sykepleieren og kvinnen (Travelbee, 1999). Hos enkelte kan denne fasen nås relativt raskt. Om en sykepleier ikke opplever å føle genuin sympati og medfølelse med pasienter etter kort tid, bør dette være noe hun er klar over og jobber for å oppnå. Tillit er imidlertid skjørt, mener Travelbee. Sykepleieren kan oppleve å stadig bli utfordret av en pasient for å bevise at hun er til å stole på, og at tilliten må opptjenes (Travelbee, 1999). Det er ikke alltid lett å opprettholde tilliten fra pasienten om den stadig blir satt på prøve. Spesielt om sykepleieren har mange pasienter og lite tid med hver av dem. Sykepleieren må derfor velge tiden sin med omhu, og vise tydelig til kvinnen at hun er der for henne. Om sykepleier klarer å opprettholde denne tilliten, kan det hjelpe kvinnen med å føle seg trygg nok til å uttrykke vonde og vanskelige følelser. Det er et steg på veien for å kunne best mulig ivareta hennes mentale helse. For å oppnå denne tilliten må sykepleieren være bevisst på egne holdninger og hvordan hun kommuniserer med kvinnen.

4.4 Kommunikasjon og sykepleierens holdninger

God kommunikasjon både i forkant og etterkant av abort er vesentlig for at sykepleieren skal kunne opprettholde tillit og dermed ivareta kvinnen. I studien til Kjelsvik (2018¹) beskrev

helsepersonellet at de var nødt til å være bevisst på hva kvinnen sa, men også på de nonverbale tegnene hun ga under samtalene. Det er dette Eide og Eide (2017) beskriver som kongruens eller inkongruens. Kvinnen kan si til sykepleieren at hun er sikker i sitt valg om å utføre abort, samtidig som hun har tårer i øynene, ser ned og skjelver i stemmen. Da er det sykepleieren sin oppgave å oppfatte om dette er inkongruens. Det kan muligens være et tegn på at kvinnen, selv om hun sier hun er sikker på valget sitt, likevel føler at valget er vanskelig. I studien til Kjelsvik (2018¹) var det da mange av sykepleierne som forsøkte å få bekreftet om intuisjonen deres stemte, ved å stille direkte eller indirekte spørsmål. Risikoen med dette er at det kunne påvirke kvinnen sitt valg. Sykepleieren skal ikke påvirke valget til kvinnen, men vise at hun støtter henne i valget hun tar og er der for henne både fysisk og mentalt. Derfor brukte sykepleierne forskjellige metoder for å avdekke om kvinnen hadde vonde følelser med hensyn til valget. Noen av sykepleierne spurte kvinnen direkte om hun ønsket en abort, men la stor vekt på å spørre om dette på en vennlig måte uten å virke fordømmende (Kjelsvik, 2018¹). Om man bruker direkte spørsmål som en kommunikasjonsteknikk er det viktig å gjøre dette riktig, slik at kvinnen ikke blir mer usikker eller føler skam. Mange av sykepleierne brukte derimot en indirekte teknikk ved å spørre om kvinnen lurte på noe eller trengte mer informasjon om noe (Kjelsvik, 2018¹). På denne måten åpner sykepleieren opp rom for kvinnen til å uttrykke seg. Dette kan på en annen side være problematisk om kvinnen likevel ikke klarer å uttrykke seg om det hun sitter med av følelser. Dette kan komme av flere grunner. Mange kvinner har beskrevet at de var følsomme for helsepersonellens holdning mot dem, og at de fryktet et kritisk blikk og fordommer (Kjelsvik, 2018²). Dette kan være et tegn på manglende gjensidig forståelse og kontakt. Kvinnen har muligens ikke nok tillit til sykepleieren til å føle seg trygg og ivaretatt.

Som sykepleier skal man ikke bare være oppmerksom på pasientens kommunikasjon, men også bevisst på sin egen. Kvinnen kan også oppfatte inkongruens i sykepleierens måte å kommunisere på. Sykepleieren kan unngå blikkontakt, snakke til kvinnen på vei ut døra og vise med ansiktsuttrykk at hun er uinteressert i henne. Dette kan skape usikkerhet og mistillit hos kvinnen, uavhengig av hva sykepleieren sier med ord.

At helsepersonell har reservasjonsrett på grunnlag av samvittighet (abortforskriften, 2001, §15), kan muligens gi grunnlag for kvinnene til å være skeptiske til om sykepleieren er til å stole på. En sykepleier på en gynekologisk avdeling vil høyst sannsynlig ikke ha

reservasjonsrett, da hun vet mange av kvinnene oppsøker avdelingen for å gjennomføre abort. Det er derimot ikke pasientens oppgave å være klar over dette. Det er sykepleierens jobb å vise kvinnen både verbalt og nonverbalt, at hun støtter og ivaretar henne. Det kan likevel være flere grunner til at en sykepleier kommuniserer en dømmende holdning til kvinnen. Om en sykepleier har negative meninger om kvinnen eller grunnlaget for aborten, kan dette virke inn på hennes nonverbale kommunikasjon. Travelbee (1999) mener at en ikke-dømmende holdning er en myte. Derfor må sykepleieren få innsikt i sine egne holdninger og hvordan dette kan påvirke hennes møte med kvinnen. Som studien til Kjelsvik et al. (2018¹) viser kan mange sykepleiere bli møtt med sine egne verdier og moral i forhold til kvinnens valg. For eksempel om kvinnen har fått utført abort flere ganger tidligere, eller om sykepleieren anser kvinnens livssituasjon som stabil nok til å ivareta et barn. Uavhengig av årsaken til den dømmende holdningen, er det sykepleierens oppgave å granske sine egne fordommer, og sørge for at disse ikke påvirker omsorgen hun gir. Hun må vise kvinnen en støttende og aksepterende holdning for å klare å ivareta hennes mentale helse.

5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å svare på hvordan sykepleier kan ivareta kvinners mentale helse i forbindelse med provosert abort. Som forskning viser, kan mange kvinner oppleve følelser av ambivalens både før og etter en provosert abort. De kan også oppleve skam og skyld i lang tid etter inngrepet og få psykiske ettervirkninger som unngåelsestraume, depresjon og angst. Det er viktig for sykepleieren å ha kunnskap om de psykiske ettervirkninger som kvinnene kan oppleve, og hvordan følelsene av skam og skyld henger sammen med etterfølgende depresjon og angst. Siden alle kvinner er forskjellige og med unike livssituasjoner, må sykepleieren forsøke å kartlegge hver enkelt kvinnes behov for mental støtte. Dette gjøres ved at hun oppretter et menneske-til-menneske-forhold med kvinnen, som gir grunnlag for tillit mellom dem. Siden tillit er skjørt, er sykepleieren nødt til å opprettholde denne gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Ikke bare må sykepleieren lese og forstå kvinnenens nonverbale uttrykk, men også være bevisst på sine egne. Om sykepleieren viser inkongruens mellom det hun sier og hvordan hun uttrykker seg nonverbalt, kan dette skape mistillit hos kvinnen. Det er sykepleierens jobb å vise henne at hun er en støttende person hun kan stole på. Flere kvinner har uttrykt i studiene at de er redd for å føle seg dømt eller sett på med et kritisk blikk av helsepersonell. En dømmende holdning hos sykepleieren kan føre til økt følelse av skam for kvinnen. Om en sykepleier av ulike grunner har en dømmende holdning ovenfor kvinnen, må hun gå inn i seg selv og bli bevisst på dette. Slik kan hun bli klar over sine egne fordommer og ikke la disse påvirke omsorgen hun skal gi henne.

Fordi det kommer frem i valgte studier at kvinner som gjennomfører abort har høyere risiko for psykiske ettervirkninger, kan det tyde på et behov for videre forskning på hvordan sykepleier kan ivareta den mentale helsen til denne pasientgruppen. Implikasjoner for praksis er at sykepleier må bevisst gå inn for å skape en tillit og et menneske-til-menneske-forhold til kvinnene, selv om dette må gjøres i løpet av et kort tidsrom. Andre implikasjoner er at sykepleiere som ivaretar kvinnene, må reflektere over egne holdninger, og være bevisst på den nonverbale kommunikasjonen som kommer til uttrykk i sykepleiesituasjonene.

Litteraturliste

- Abortforskriften. (2001). Forskrift om svangerskapsavbrudd. (FOR-2001-06-15-635). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2001-06-15-635>
- Abortloven. (1976). Lov om svangerskapsavbrudd. (LOV-1975-06-13-50). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>
- Helsedirektoratet. (30.mai 2017). Abortmetoder. Hentet fra <https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder>
- Birkler, J. (2014). *Bogen om provokeret abort – perspektiver og utfordringer*. København: Nyt Nordisk Forlag
- Broen, A, N., Moum, T., Bødtker, A, S., & Ekeberg, Ø. (2006). Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. *Sykepleien Forskning 2006 1(1)*, 24-31. DOI: [10.4220/sykepleienf.2006.0001](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2006.0001)
- Brunstad, A & Tegnander, E. (2010). *Kvinnehelse. Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo: Akribe
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Endringslov til abortloven (fosterreduksjon). (2019). Lov om endringer i abortloven (fosterreduksjon) (LOV-2019-06-21-44). Hentet fra <https://lovdata.no/LTI/lov/2019-06-21-44>

- Farstad, M. (2016). *Skam: eksistens, relasjon, profesjon*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (08.mars 2019). A4: Svangerskapsavbrot fordelt på metode. Hentet fra http://statistikk.fhi.no/abort/velocity?v=2&mode=cube&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fa4_C1&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2Fstudy%2Fa4&context=http%3A%2F%2Fstatistikkbank.fhi.no%3A80%2Fobj%2Fcatalog%2Fcatalog4
- Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of clinical nursing*, 27(21-22), 4192-4202. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A., & Gjengedal, E. (2018). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health care for women international*, 39(7), 784-807. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A, & Grimsbø, G, H. (2017). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian journal of public health*, 36(4), 424-428. DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494807088449>

- Petersen, M. N., Jessen-Winge, C., & Møbjerg, A. C. M. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 16(7), 1537-1563.
DOI: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003344>
- Språkrådet. (2020). Ivareta. Hentet fra https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=ivareta&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge
- Språkrådet. (2020). Mental helse. Hentet fra https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=mental+helse&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Wiklund-Gustin, L. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Årrestad, K, P. & Apalnes, C, F. (28. november 2013). Dømt til døden for å fjerne fosteret. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/innlandet/domt-til-doden-for-a-fjerne-foster-1.11381588>