



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

”Hvordan kan sykepleier, gjennom kommunikasjon, fremme trygghet hos kvinner som er innlagt på sykehus for å få utført medisinsk abort?”

Emnekode SYK180H

Kandidatnummer 22 og 74

Dato for innlevering 11.04.14

Antall sider: 41



Hendene våre kan formidle sikkerhet og fasthet

eller usikkerhet og fomling.

De kan formidle varme og medfølelse

eller kulde og manglende interesse.

De kan formidle trygghet og utrygghet

og de kan formidle faglig dyktighet.

En kjenner helsearbeiderne på håndlaget.

Hendene avslører oss som tonen i stemmen røper følelsene bak.

(Herdis Alsvåg i Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2011, s.130)

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 PROBLEMSTILLING MED AVGRENSNINGER	4
1.2 PRESENTASJON AV EGET STÅSTED.....	5
1.3 HENSIKTEN MED OPPGAVEN.....	5
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON	5
2.0 METODE.....	7
2.1 LITTERATURSTUDIUM SOM METODE.....	7
2.2 LITTERATURSØK	7
2.3 IMRAD	8
2.4 KILDEKRITIKK.....	8
2.5 ETISKE OVERVEIELSER.....	9
3.0 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI.....	10
4.0 ABORT	12
4.1 BEHANDLINGSMETODER	12
4.2 SYKEPLEIERS ROLLE VED ABORT.....	13
5.0 TRYGGHETSSKAPENDE KOMMUNIKASJON	16
5.1 KOMMUNIKASJON	16
5.2 TRYGGHET	17
6.0 DRØFTING	22
7.0 AVSLUTNING	31
LITTERATURLISTE.....	32
VEDLEGG.....	35
VEDLEGG 1 SØKEMATRISER	35
VEDLEGG 2 LESEMATRISER	38

1.0 Innledning

I Norge trådte abortloven i kraft i 1964 (Abortloven, 1976). Loven ble i 1976 revidert og selvbestemt abort inntil 12 svangerskapsuke ble innført. Abortdiskusjonen i Norge startet allerede i 1913, da kvinnerettsforkjemperen Katti Anker Møller protesterte mot forbudet mot abort som var satt i straffeloven (Jettestad, 2010). Abort har siden den gang vært, og er fortsatt, et omdiskutert tema. Den dag i dag pågår det politiske debatter og oppslag i media angående legers mulighet til å reservere seg mot henvisning til abort. Diskusjonen har fått stor oppmerksomhet noe som gjorde at vi fattet interesse for temaet abort. I 2012 ble det gjennomført 15 216 aborter i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2013), et tall som viser at mange kvinner er i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Denne bachelor tar utgangspunkt i hvordan kommunikasjon kan skape trygghet hos kvinner i deres abortprosess. Kommunikasjon er et viktig redskap i samhandling med mennesker, og gjennom kommunikasjon kan man få den andre til å le, gråte, føle trygghet og utrygghet. En stor del av sykepleiers hverdag dreier seg om kommunikasjon med pasienter. På bakgrunn av dette ser vi hensikten av at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter, slik at kvinnen kan oppleve å bli behandlet på en måte som skaper trygghet.

1.1 Problemstilling med avgrensninger

Temaet for vår oppgave er kommunikasjon til kvinner som tar medisinsk abort. Vi ønsker å finne ut hvordan vi som sykepleiere, gjennom kommunikasjon, kan trygge kvinnen i sin situasjon. Vi valgt å formulere problemstillingen slik:

Hvordan kan sykepleier, gjennom kommunikasjon, fremme trygghet hos kvinner som er innlagt på sykehus for å får utført medisinsk abort?

Vi velger å avgrense til å skrive om kvinner som tar selvbestemt abort, innlagt på sykehus, før svangerskapsuke 12. Abort kan utføres både kirurgisk og medisinsk. Da medisinsk abort er mest vanlig i Norge (Jerpseth, 2010), velger vi avgrense til å skrive om kvinner som benytter denne metoden. Vi vil gjøre leseren oppmerksom på at medisinsk abort også kalles medikamentell abort, men i denne oppgaven benytter vi oss av begrepet medisinsk abort. Vi velger å skrive om kvinner som tar abort på bakgrunn av at svangerskapet er uønsket, og avgrenser ikke kvinnens alder. Dette på bakgrunn av at alle fertile kvinner kan ta selvbestemt

abort inntil 12 svangerskapsuke (Jettestad, 2010).

1.2 Presentasjon av eget ståsted

Da vi anser vårt tema som noe kontroversielt, mener vi det er viktig å si noe om vårt eget ståsted. Vi har ingen erfaringer med abort i jobb- eller praksissammenheng og er ikke personlig engasjert i abortdebatten eller medlem i noen interesseorganisasjoner. På bakgrunn av vårt erfaringsgrunnlag går vi inn i denne oppgaven med nøytrale holdninger og uten sterke meninger verken for eller i mot abort. Vi forventer å finne at kvinners opplevelse av abort kan være både positiv og negativ, og at kommunikasjon kan være utfordrende i en travel sykehusavdeling. Vi forventer også å finne faktorer som både kan hemme og fremme kommunikasjon og trygghet hos pasienten, som blant annet holdninger. Disse forventningene er bygd opp på erfaringer fra både praksis og jobb på sykehus, der vi opplever at kommunikasjon med pasienten kan bli nedprioritert på en hektisk dag. Vi skal gjennom oppgaven søke å stille med åpent sinn, slik at vår forforståelse ikke legger føringer for tolkningen av litteraturen vi finner.

1.3 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å finne ut på hvilke måter sykepleiere kan skape trygghet gjennom kommunikasjon til kvinner som får utført medisinsk abort. Vi ønsker å finne ut hva forskning og litteratur sier om dette temaet og gjennom dette tilegne oss ny kunnskap. Som tidligere nevnt ble det i 2012 utført 15 216 aborter i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2013). Tallene viser at det er mange kvinner som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med abort. Disse kvinnene vil alle møte sykepleiere som innehar forskjellige kommunikasjonsferdigheter. Vi ønsker å lære mer om kommunikasjon i sammenheng med trygghet da vi ønsker å bli sykepleiere som fremmer disse elementene i samspillet med pasientene.

1.4 Oppgavens disposisjon

Videre i oppgaven vil vi presentere en metode-, teori-, drøftings- og avslutningsdel. I metodedelene introduserer vi vårt metodiske valg som er et litteraturstudium. Litteratursøk,

IMRaD, kildekritikk og etiske overveielser er også en del av dette kapitlet. Teoridelen består av tre kapitler. Her presenterer vi Travelbees sykepleieteorier, abort og abortmetoder, sykepleierens rolle under abort og relevant teori og forskning tilknyttet kommunikasjon og trygghet. I drøftingsdelen diskuterer vi våre funn opp mot problemstillingen og egne synspunkter. Siste del av oppgaven er avslutningen, her vi trekker konklusjoner gjort på bakgrunn av våre funn. Til slutt i oppgaven er det vedlagt en søkematrise og en lesematrise. Vi har valgt å presentere sentrale begrep underveis i oppgaven.

Antall ord i oppgaven er 9619.

2.0 Metode

I dette kapitlet skal vi redegjøre for vårt metodiske valg og relevante aspekter ved litteraturstudiet som metode. De metodiske valgene er tatt på bakgrunn av vår problemstillingen. En metode gir oss informasjon om hvordan gå frem for å finne eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2007).

2.1 Litteraturstudium som metode

Vi velger å gjennomføre et litteraturstudie da dette er mest hensiktsmessig på bakgrunn av oppgavens tidsramme og omfang. Denne metoden gir god informasjon og belyser problemstillingen vår på en interessant og faglig måte. Da dette er en kvalitativ metode er det meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle som blir fanget opp (Dalland, 2007). Vi baserer vårt studie på kunnskap som allerede er lagt frem, og har forsøkt å systematisere denne. Støren (2013) sier at det allikevel kan komme frem ny kunnskap når man forener kunnskap fra flere litteraturkilder (Støren, 2013). Vi har i løpet av studiet benyttet oss av litteraturstudium som metode i ulike arbeidskrav og oppgaver. Vi er derfor mer komfortable med å bruke denne metoden fremfor intervju og essayistisk metode.

2.2 Litteratursøk

Vi har søkt etter vitenskapelige artikler i databasene Pubmed, Scopus, Swemed+ og Norart. I vedlegg nummer 1 har vi vist hvor vi har søkt og hvilke søkeord vi har benyttet for å finne de artiklene vi har valgt å bruke. Vi har funnet seks artikler som vi anser som relevante i forhold til vårt tema, og disse blir presentert i vedlegg nummer 2. Artiklene baserer seg på studier utført i Sverige, Storbritannia og USA.

I søkeprosessen etter vitenskapelige artikler har vi vært til veiledning hos bibliotekar, som har hjulpet oss mye. Her fikk vi tips og råd om søkeord, søkemetoder og databaser. Vi har funnet fagbøker ved å søke i BIBSYS, lett etter litteratur i universitetets bibliotek og gått gjennom pensumbøker fra tidligere emner. Vi har benyttet oss av fagstoff og vitenskapelige artikler som i hovedsak er nyere enn ti år. Vi har også fokusert på at artiklene viser til forskning utført i vestlige land, da det ofte kan være kulturforskjeller mellom østlige og vestlige land når det

kommer til sensitive spørsmål, som for eksempel abort. I søkeprosessen etter artikler valgte vi å avgrense søkene til artikler på engelsk, norsk, svensk og dansk da dette er språk vi behersker.

2.3 IMRaD

I vårt søk etter vitenskapelige artikler har vi tatt utgangspunkt i artikler som er bygget opp på IMRaD strukturen. En artikkel som bygger på denne strukturen skal ha følgende oppbygging: Innledning, Metode, Resultat (and) Diskusjon. Mange internasjonale tidsskrifter godtar bare denne formen for oppbygging (Støren, 2013), og vi har derfor vært opptatt av at våre artikler har denne strukturen. Dette har vi gjort for å kvalitetssikre at våre artikler er vitenskapelige.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er et viktig element for å kvalitetssikre litteraturen vi har brukt i denne oppgaven. Gjennom kildekritikk viser vi leseren hvilke refleksjoner vi har gjort med tanke på litteraturens gyldighet og relevans i forhold til vår problemstilling (Dalland, 2007). Vi har valgt å benytte fem vitenskapelige artikler og to fagartikler som vi har funnet gjennom databasene nevnt i søkematriksen (se vedlegg nummer 1). Artikkene vi har brukt er publiserte i fagtidsskrifter som er innenfor vårt fagfelt. Dette mener vi gir økt kvalitet på artikkene da de må være fagfellevurdert for å kunne bli publisert. De fleste artikkene våre har vi kvalitetssikret ved å sjekke om de er oppbygd etter IMRaD strukturen. Vi har valgt å benytte oss av seks artikler som alle er under 10 år gamle. Artikkene kan anses som nyere forskning, noe vi mener styrker oppgaven vår ved at det er oppdatert informasjon i lys av dagens situasjon. Vi velger å fremheve boken "Generell sykepleie" (1995) hvor Nina Kristoffersen er redaktør. Denne boken er utgitt for 19 år siden og kan bli sett på som utdatert informasjon. Grunnen til at vi bruker denne i oppgaven er fordi vi ser at innholdet fortsatt er relevant, og at vi ikke har funnet bokens innhold like godt beskrevet i nyere litteratur.

I søkeprosessen etter relevante forskningsartikler, opplevde vi at det ikke finnes mye forskning rundt tema abort i sammenheng med trygghetsskapende kommunikasjon. Ofte fikk vi de samme treffene ved å bruke ulike søkeord. Derfor har vi valgt å inkludere en artikkel som er over 10 år. Dette kan være negativt ved at innholdet kan være utdatert. Vi har forsøkt å benytte oss av primærlitteratur i vår oppgave, der dette har vært mulig. Dette kan være en

utfordring da mye pensumlitteratur og fagstoff ofte er sekundærlitteratur. Dette kan være negativt, da teksten allerede er fortolket av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2007). Til tross for dette mener vi at kildene vi har brukt er relevante, pålitelige og tilstrekkelige for å svare på vår problemstilling. Litteraturstudium som metode kan kritiseres ved at man kan feiltolke kildene man har brukt og at vår erfaring med metoden er begrenset. Dalland (2007) sier at resultatene kan bli bedre hvis forskeren behersker metoden. Det kan da stilles spørsmål om de resultat vi har kommet frem til ville vært endret hvis en mer erfaren forsker hadde gjennomført studien.

2.5 Etiske overveielser

Da denne oppgaven er en litteraturstudie, er allerede de etiske overveielsene utført i de studiene vi har benyttet oss av. Vår oppgave har vært å sikre oss om at artiklene er utarbeidet i henhold til etiske retningslinjer, slik som Helsinkideklarasjonen sier (Verdens legeförening, 2000), og å sitere litteratur og forskning på en riktig måte.

3.0 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i USA i 1926. Hun var ferdig utdannet sykepleier i 1946, og arbeidet som psykiatrisk sykepleier og lærer på sykepleieutdanningen. Hennes sykepleieteorier kom som en reaksjon etter andre verdenskrig, da hun mente det hadde skjedd en avhumanisering i mange år og at USA trengte en humanistisk revolusjon der individet skulle stå i sentrum. Travelbee mente at mennesket er et unikt individ og at sykepleien skulle dreie seg om å hjelpe individet (Travelbee, 1999). Travelbee (1999) definerer sykepleie som:

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

Kommunikasjon er en vesentlig del av Travelbees sykepleieteori. Ifølge Travelbee (1999) foregår det alltid kommunikasjon når sykepleier og den hun har omsorg for møtes, og er en nødvendighet for å utøve god sykepleie. Uten kommunikasjon kan vi som sykepleiere ikke bli kjent med den sykes problemer og behov, og står dermed i fare for å forveksle våre egne behov med den sykes (Travelbee 1999). Gjennom kommunikasjon sier Travelbee (1999) at sykepleier er i stand til å etablere et menneske- til menneskeforhold. Dette forholdet er en viktig del av hennes teorier og som hun definerer slik:

”Et menneske- til- menneske- forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de (n) hun har omsorg for.

Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt.”

(Travelbee, 1999, s. 177).

Gjennom et menneske- til menneskeforhold kan en oppfylle sykepleierens mål og hensikt, som er å hjelpe den syke og dens familie til å mestre og forebygge erfaringer ved sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). Et kjennetegn er at dette forholdet etableres etter at sykepleier og den syke har gjennomgått fem sammenhengende faser:

1. *Det innledende møtet.* Dette karakteriseres av at både sykepleier og den syke observerer og vurderer hverandre.

2. *Framvekst av identiteter.* Her begynner sykepleier å sette pris på den sykes særpreg og har evne til å opprette en relasjon til ham.
3. *Empati.* I denne fasen kan sykepleier sanse den sykes indre opplevelser og forstå hans fremtreden.
4. *Sympati og medfølelse.* Travelbee (1999) mener at dette er en prosess hvor sykepleier lar seg bli berørt av den sykes plager, forstår disse og ønsker å lindre årsaken.
5. *Gjensidig forståelse og kontakt.* Dette er det overordnede målet for all sykepleie. Opplevs når de fire forutgående fasene er gått igjennom.

(Travelbee, 1999)

Vi velger å utdype hva Travelbee sier om kommunikasjon i kapittel 5.0.

4.0 Abort

”Når et svangerskap avsluttes så tidlig at fosteret ikke er levedyktig kalles det en abort. Det skilles mellom spontane og provoserte aborter. Ved spontane aborter inntreffer svangerskapsavbruddet av seg selv. Ved provoserte aborter avbrytes svangerskapet ved kunstige midler.”

(NOU 1994: 22)

I Norge kan alle kvinner søke om abort ved uønsket svangerskap (Jettestad, 2010). Abortlovens (1976) § 2 sier at kvinnen har krav på råd slik at hun selv kan ta det endelige valget. For å hjelpe kvinnen til å ta den endelige beslutningen, skal helsepersonell gi grundig og nøytral informasjon. Provosert abort er et sårt tema, og mange kvinner har behov for å snakke om valget sitt. Det er derfor av stor betydning at helsepersonell er til stede for kvinnen og tar seg tid til å lytte (Jettestad, 2010).

I forskningsartikkelen ”Misinformation on abortion” (Rowlands, 2011) kommer det frem at feilinformasjon om abort er utbredt, noe sykepleier bør kjenne til. Myter som blir diskutert og avkreftet i studien er blant annet sammenhengen mellom abort og brystkreft, at kvinner som gjennomfører en abort har økt risiko for psykiske helseproblemer og at kvinnens fruktbarhet blir redusert (Rowlands, 2011).

4.1 Behandlingsmetoder

Behandlingsmetode velges ut ifra hvor langt svangerskapet er kommet, om pasienten er gravid for første gang eller flergangsgravid og hvordan kvinnens tilstand er generelt. Det er lege som skal informere kvinnen om de forskjellige abortmetodene, om inngrepets art, medisinske virkninger og eventuelle komplikasjoner (Norsk Helseinformatikk, 2012). Abort kan gjennomføres på to ulike måter: kirurgisk eller medisinsk (Jerpseth, 2010). Kirurgisk abort utføres ved dagkirurgisk avdeling. En kirurgisk abort gjennomføres i en kortvarig narkose der fosteranlegget blir fjernet ved hjelp av et sug som settes inn i livmorhulen. Selve inngrepet er kortvarig og tar ikke mer enn 5- 10 minutter (Jettestad, 2010). I denne oppgaven fokuserer vi ikke på kvinner som tar kirurgisk abort, og velger derfor å ikke utdype denne ytterligere.

I Norge er det vanligere med medisinsk abort enn kirurgisk abort, og flere sykehus tilbyr hjemmeabort (Jerpseth, 2010). Ved medisinsk abort får kvinnen en tablett med medikamentet mifepriston per os, som gis av sykepleier ved poliklinikk (Jerpseth, 2010). Dette medikamentet gjør at morkaken løsner fra livmorveggen etter noen timer (Nesheim, 2014). Etter at kvinnen har fått medikamentet, skal det virke i 48 timer og i den tiden er kvinnen hjemme. Etter to døgn innlegges kvinnen ved gynekologisk avdeling på sykehus for en dag. Her får hun medikamentet Prostaglandin, ført inn vaginalt av sykepleier, slik at livmorhalsen mykes opp og stimulerer til kontraksjoner i livmoren. På denne måten aborteres fosteret. De fleste kvinner aborterer i løpet av det første døgnet etter de har fått vaginal prostaglandin, men det vil variere fra kvinne til kvinne hvor lang tid abortprosessen tar (Jerpseth, 2010). Taylor et al. (2004) sier at kvinnen bør informeres om blødninger, abdominal smerte og kramper, kvalme, oppkast og at midlertidig feber kan oppstå under en abort. Prostaglandin kan også gi kvinnen hodepine og avføringstrang da den virker indirekte på muskulaturen i mage- tarm kanalen og i blodårene (Jerpseth, 2010). Smertestillende legemidler gis profylaktisk og senere ved behov (Jerpseth, 2010), da medisinsk abort ofte er en smertefull prosess (Huser, 2008). Etter aborten skal kvinnen bli observert noen timer på sykehus, og kan deretter reise hjem. Fire uker senere tas en rutinemessig graviditetstest for å sikre at aborten har vært komplett (Jettestad, 2010).

I artikkelen "Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/ nurses" skrevet av Lindström, Wulff, Dahlgren og Lalos (2011), står det i konklusjonen at blant annet sykepleiere vil få økt ansvar knyttet til aborter i fremtiden, da andelen aborter som blir utført medisinsk og hjemme er økende.

4.2 Sykepleiers rolle ved abort

Den første kvinnen møter, når hun kommer på sykehus, er sykepleier. Sykepleieren skal gi informasjon om abortinngrepet, administrere premedikasjon og tildele rom og seng (Huser, 2008). Det er viktig at kvinnen opplever det første møtet som positivt og at hun føler seg respektert for det valget hun har tatt (Huser, 2008). Halldén, Christensson og Olsson (2009) viser i sin forskningsartikkel at kvinner som blir møtt med respekt og mildhet av helsepersonell, kan oppleve at helsepersonell aksepterer deres avgjørelse.

Huser (2008) sier at sykepleierens holdninger til den abortsøkende kvinnen har mye og si for hvordan hun klarer seg gjennom inngrepet og etter aborten. Sykepleier skal være tilgjengelig for samtale, der kvinnen kan få snakke om sine tanker, følelser og problemer. Det blir derfor en viktig oppgave for sykepleier å støtte, lytte og gi veiledning ut fra det kvinnen ønsker å snakke om (Huser, 2008). Dette viser Halldén et al. (2009) i sin forskningsartikkel, der kvinner som har tatt abort sier at det var viktig for dem hvilke hensyn og støtte de fikk av helsearbeidere og familie under aborten. Resultatene i artikkelen viser til at kvinner som opplever både personlig og profesjonell støtte og omsorg, er i stand til å håndtere en abort bedre.

Dersom en sykepleier har negative holdninger til abort, kan dette hemme kommunikasjonen med pasienten, og føre til at pasienten føler skyld. I disse tilfellene kan pasienten få for lite nødvendig informasjon (Tabbutt- Henry og Graff, 2003). I en forskningsstudie utført av Lindström et al. (2011) sier de at ifra 1973 til 2005 har holdninger mot abort blant helsepersonell endret seg. Helsepersonell er blitt mindre restriktive og de fleste mener at kvinner skal ha rett til å ta abort.

I forskningsartikkelen ” Women's experiences in connection with induced abortion - A feminist perspective” skrevet av Aléx og Hammarström (2004) kommer det blant annet frem at abort kan være assosiert med fysisk smerte og at helsepersonell kan oppleves som negativ, fordømmende og ikke støttende. Det diskuteres videre i artikkelen om negative holdninger til abort kan være grunnen til at ikke alle kvinner får tilstrekkelig smertelindring (Aléx og Hammarström, 2004).

Under medisinsk abort skal sykepleier observere blant annet blødninger, smerte og kvalme hos kvinnen (Jerpseth, 2010). Sykepleier skal også se til at kvinnen ikke har vondt, og gi smertestillende medikamenter (Huser, 2008). Massasje i korsryggen kan virke lindrende for kvinnen som aborterer. Grunnen til dette kan være at massasje gjør at muskulaturen slapper av. Hudberøring gir stimuli som konkurrerer med smertesignalene og kan på den måten redusere smerten (Jerpseth, 2010). Taylor et al. (2004) sier at en annen form for smertelindring av abdominale smerter, kan være bruk av varme flasker eller varme omslag som legges der kvinnen har smerter.

I artikkelen skrevet av Aléx og Hammarström (2004) beskriver kvinner sine fysiske og psykiske opplevelser under en abort. Dette var opplevelser de følte helsepersonell ignorerte i

stor grad eller ikke forstod. Noen av kvinnene beskrev helsepersonell som støttende, positiv og informativ, men andre følte at de var kald, negativ og uvitende noe som førte til følelser av skam, tristhet, usikkerhet og ensomhet hos kvinnen.

En viktig oppgave for sykepleieren er å hjelpe kvinnen til å reflektere over situasjonen og gi støtte til kvinnens følelser som kan komme etter aborten. Mange opplever sterke reaksjoner som blant annet lettelse, ensomhet og følelse av å være forlatt. Tanker som kvinnen ikke har våget å tenke før aborten, kan komme opp i etterkant (Huser, 2008). Kvinnens følelsesmessige reaksjoner avhenger blant annet av den omsorg og behandling hun får under abortprosessen og hvilken støtte hun fikk i beslutningsprosessen (Huser, 2008).

Før hjemreise har sykepleier en utskrivningssamtale med kvinnen. Her blir det blant annet gitt informasjon om samliv og viktigheten av god hygiene. Kvinnen får beskjed om å kontakte sykehus dersom feber og smerter oppstår i de første dagene etter aborten (Jerpseth, 2010). I denne samtalen er det viktig at sykepleier åpner for at kvinnen kan stille de spørsmål hun har og få svar på disse før hun reiser hjem (Huser, 2008)

5.0 Trygghetsskapende kommunikasjon

5.1 Kommunikasjon

”I sin enkleste form kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske ”communicare”, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med” (Eide og Eide, 2010, s 17).

I sykepleierollen danner samhandling og kommunikasjon med pasienter grunnlaget for utøvelsen av faget (Kristoffersen, 2011). Hansen (1995) sier at for å skape en mellommenneskelig samhandling mellom sykepleier og pasient, er trygghet og tillit en betingelse. Ferdigheter innenfor kommunikasjon gjør at sykepleieren kan veilede, undervise, støtte og vise forståelse (Kristoffersen, 2011), noe som kan redusere pasientens fysiske og psykiske reaksjoner (Hansen, 1995).

Kommunikasjon danner grunnlaget for å skape kontakt mellom sykepleier og pasient, noe som gjør at pasienten kan stole på sykepleieren. I denne fasen kan sykepleieren samle data om pasienten, og pasienten kan meddele sine problemer og stille spørsmål (Hansen, 1995). Tabbutt- Henry og Graff (2003) sier at sykepleierens kommunikasjonsevner kan få kvinnen til å føle trygghet, noe som kan redusere komplikasjoner under aborten.

Travelbee (1999) sier at kommunikasjon mellom sykepleier og den syke foregår både bevisst og ubevisst. Kommunikasjon kan deles inn i de nonverbale og de verbale, der den nonverbale kommunikasjonen er ikke- språklig og den verbale er språklig. Nonverbal kommunikasjon kan uttrykkes på ulike måter i en samtale ved blant annet å ha øyekontakt uten å stirre, ha en åpen kroppsholdning, nikke, gi bekræftende ”mm”, ha en vennlig stemme, være avslappet og la ansiktet uttrykke ro og interesse (Eide og Eide, 2010). Travelbee (1999) sier at sykepleier ofte viser sin omsorg til den syke gjennom non- verbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon bidrar til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon, uansett hva slags pasienter vi har med å gjøre (Eide og Eide, 2010). Hvis en sykepleier ikke viser interesse for den syke, vil dette vise seg gjennom nonverbal kommunikasjon, uansett hva hun gir uttrykk for med ord (Travelbee, 1999).

Verbal kommunikasjon viser seg ved bruk av muntlig og skriftlig språk, som i en samtale mellom to parter. Det er mange ulike samtalesituasjoner som kan oppstå. Noen ganger kommer samtalen naturlig og spontant, mens andre ganger kan den være planlagt. En god og hjelpende samtale begynner ofte med et åpent spørsmål, der sykepleieren lytter aktivt og viser forståelse og empati, og gir respons nonverbalt og verbalt for det pasienten har å si (Eide og Eide, 2010).

Det finnes to hovedtyper spørsmål, lukkede og åpne. Lukkede spørsmål er spørsmål som kan besvares med korte svar slik som ”ja” og ”nei”. Lukkede spørsmål kan være uheldig hvis målet med samtalen er å stimulere til dialog, bygge opp en relasjon og skape trygghet. Åpne spørsmål gir rom for å snakke ut fra egne følelser, opplevelser og tanker. Disse spørsmålene gir beskrivende og forklarende svar. Formålet med åpne spørsmål er å få den andre til å snakke fritt om egne tanker og følelser (Eide og Eide, 2010).

En av hjelperens viktigste oppgave er å gi informasjon og veiledning gjennom kommunikasjon (Eide og Eide, 2010). Travelbee (1999) sier at kommunikasjon er en viktig prosess for at sykepleier skal kunne gi informasjon til den syke og få informasjon fra den syke. Tabbutt- Henry og Graff (2003) sier i sin artikkel at det kan være vanskelig for kvinnen å stille spørsmål rundt aborten, noe som er viktig for sykepleier å være bevisst. I sykepleierens første møte med pasienten er det viktig å kartlegge kvinnens kunnskaper om hennes egen situasjon. Da kan man finne ut hvilken oppfatning og bekymringer hun har. Ut i fra dette kan sykepleier gi tilpasset informasjon ut i fra kvinnens behov og på en måte som hun kan forstå (Tabbutt- Henry og Graff, 2003). For at informasjon skal være hjelpende må pasienten være i stand til å ta i mot denne. Det er viktig at bare den relevante informasjonen blir gitt, da det skaper trygghet og forutsigbarhet (Eide og Eide, 2010). Informasjonen bør derfor komme på riktig tid og sted, slik at pasienten vet hva som skal skje videre. Usikkerhet kan skape uro hos pasienten (Eide og Eide, 2010). Mangel på opplæring i kommunikasjon og i grunnleggende kommunikasjonsferdigheter kan resultere i at pasienten får den informasjonen sykepleier tror kvinnen trenger, i stede for den hun har behov for (Tabbutt- Henry og Graff, 2003). Sykepleieren må være bevisst sitt språk når det blir gitt informasjon. Medisinske ord og uttrykk bør utelates og erstattes med ”folkelig språk” (Eide og Eide, 2010).

5.2 Trygghet

Trygghet er noe vi alle med vår hverdags erfaringer, vet noe om (Thorsen, 2011). Det er et kompleks fenomen og en personlig opplevelse (Blix og Breivik, 2006). Filosofen Hans Jonas

(siteret i Skaug, 2011, s.106), sier at trygghet er relasjonell og oppstår i møte med andre. Trygghet er ikke bare en tilstand som oppstår på grunnlag av andres handlinger, det kan også være en tilstand en aktivt søker (Thorsen, 2011). Blix og Breivik (2006) sier at trygghet er et viktig element i relasjonen mellom sykepleier og pasient, og en forutsetning for samhandling. I vårt liv lever vi utlevert til hverandre og i denne utlevertheten kan både tryggheten og utryggheten få rom. Det som gir trygghet til et menneske trenger ikke å gi trygghet til et annet (Thorsen, 2011).

Begrepet trygghet kan knyttes til to forhold: en indre trygghet, der man føler trygghet innenfra, og en ytre trygghet som beskriver tryggheten til det livet en lever og forholdet til verdenen rundt oss. Den ytre tryggheten kan deles inn i kunnskaps- og kontrolltrygghet, stole på- andre- trygghet og relasjonstrygghet. Når en innehar kunnskap- og kontrolltrygghet vet man hvordan ting er og hva som gjelder. Da føler en at en mestrer situasjoner som oppstår. Denne tryggheten kan vi få gjennom informasjon, bekreftelse, erfaring og kunnskap (Blix og Breivik, 2006). Pasienter som får riktig og nok informasjon, mestrer situasjoner bedre. Ved mangel på informasjon kan pasientens tillit til sykepleieren reduseres (Hansen, 1995). Stole på andre- trygghet oppstår når vi er kommet opp i en vanskelig situasjon og våre forventninger til å få hjelp av andre oppfylt. Pasienter kan oppleve trygghet under sykehusoppholdet hvis han opplever og føler at sykepleier mestrer faget sitt og gir behandling som hjelper. Det er ofte de små tingene som gjør at pasienten opplever denne tryggheten (Blix og Breivik, 2006).

Relasjonstrygghet kan oppstå når de en føler en har en god relasjon til, stiller opp når det trengs. Åpenhet, forståelse, gjensidighet, ærlighet, akseptasjon og evne til å nå hverandre preger trygge relasjoner. Relasjonstrygghet kan vokse frem i kontakten med andre som vil oss godt (Thorsen, 2011). Relasjonstrygghet bygger på kongruens, fysisk berøring og mellommenneskelig varme. Kongruens er en viktig faktor i kommunikasjonssituasjonen (Hansen, 1995). Kongruens er når den nonverbale og den verbale kommunikasjonen stemmer overens. Det motsatte av kongruens er inkongruens. Inkongruens skaper motstridende kommunikasjon, og i situasjoner med inkongruens vil det nonverbale budskapet bli oppfattet best. Det er viktig at det er kongruens mellom det som blir sagt og det som blir vist nonverbalt for at pasienten skal føle tillit til sykepleieren og for å skape trygghet (Eide og Eide, 2010).

Som sykepleier er man ofte i fysisk kontakt med pasienten, for eksempel under stell og ulike prosedyrer. Fysisk berøring er dessuten en betydelig del av nonverbal kommunikasjon. Under

berøringen av en pasient, formidles et budskap som sykepleier bør være seg bevisst. Kongruens er i denne sammenhengen viktig og sykepleieren må være bevisst hvilke holdninger hun har til berøring av andre. Gjennom fysisk berøring kan sykepleier formidle trygghet og akseptasjon, ved å vise gjennom kroppsholdning, mimikk og stemme at man aksepterer pasienten og er trygge i situasjonen (Hansen, 1995).

En forutsetning for relasjonstrygghet er mellommenneskelig varme, som viser det engasjement sykepleier har for sin pasient. Mellommenneskelig varme innebærer blant annet aktiv lytting, konsentrasjon og empati. Handlinger som kan bidra til å skape mellommenneskelig varme er blant annet å snakke med moderat stemmevolum, være avslappet, holde øyekontakt, ha en åpen kroppsholdning, vise en lyttende holdning og ha et ansiktsuttrykk som er tilpasset de følelsene den andre uttrykker (Hansen, 1995). Dette viser at den nonverbale kommunikasjonen er viktig i samspillet mellom sykepleier og pasient (Hansen, 1995). Blix og Breivik (2006) støtter dette ved å si at pasienten kan oppleve trygghet ved at sykepleier er rolig, hyggelig, har behagelig hverdagsstemme, utstråler varme og trygghet.

I profesjonell, hjelpende kommunikasjon er evnen til å lytte aktivt den viktigste og mest grunnleggende ferdighet (Eide og Eide, 2010). Å lytte aktivt vil si å gi den andre sin fulle og hele oppmerksomhet, og vise at man er tilstede for den andre. Ved å ha en åpen og lyttende holdning, kan pasienten i mange situasjoner oppleve at noen deler hans lidelse. Aktiv lytting er helt grunnleggende for å kunne danne en god og trygg relasjon til pasienten (Hansen, 2011).

Aktiv lytting er en forutsetning for å oppnå god forståelse og evnen til empatisk medlevelse. Sykepleier kan være empatisk ved å vise forståelse og anerkjenne det en pasient forteller. Når sykepleier viser innlevelse og forståelse for det pasienten forteller, er hun empatisk. Empati betyr likevel ikke å identifisere seg med eller være enig i det pasienten beskriver (Thorsen, 2011). Negative holdninger påvirker sykepleiers evne til å være empatisk (Aléx og Hammarström, 2004).

Kommunikasjon krever tid for at det ikke skal virke overfladisk. Hvordan en utfører pasientomsorgen, har mye med hvordan sykepleier bruker tiden (Hansen, 1995). Tabbutt-Henry og Graff (2003) sier i sin forskningsartikkel at medisinske fagfolk ofte tror at de har for liten tid til å snakke med sine pasienter. I artikkelen kommer det også frem at det ofte er uklart hvem som skal kommunisere med pasienten og når. Grunnleggende opplæring i

kommunikasjonsferdigheter kan hjelpe sykepleiere å forbedre sitt samspill med pasientene og oppnå bedre resultat uten å bruke mer tid på hver enkelt pasient (Tabbutt- Henry og Graff, 2003).

Tillit er en forutsetning for at pasienten skal åpne seg for sykepleier, og trygghet er en nøkkelfaktor i denne sammenhengen (Hansen, 1995). I en litteraturstudie utført av Dinc og Gastmans (2011) sier de at tillit og troverdighet er viktig i helse- og omsorgstjenesten. Sårbare pasienter trenger hjelp til å få oppfylt sine grunnleggende behov og må stole på at helsepersonell hjelper på en omsorgsfull måte. Tillit innebærer en risiko, da man ved å betro seg til en annen blir avhengig og sårbar (Dinc og Gastmans, 2011). For å dele noe meningsfullt med en annen, må en være sikker på at det ikke vil bli mottatt med ignoranse, avvisning, latterliggjort eller nedvurdert (Travelbee, 1999).

Å være sykepleier krever at man forholder seg til lover og faglige normer og forsøker å imøtekomme pasientenes behov uten å være primært egeninteressert. Dette krever at pasienten samarbeider, noe som bare kan skje hvis pasienten og sykepleieren har tillit til hverandre (Dinc og Gastmans, 2011). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund, 2011) står det blant annet at ”sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (Norsk Sykepleieforbund, 2011, s. 7).

I forskningsartikkelen sier Dinc og Gastmans (2011) at deling av følelser og ærlighet er viktige faktorer i forbedring av et tillitsfullt forhold. De sier videre at tillit er knyttet til faglige kvalifikasjoner, ferdigheter og kompetanse. Sykepleier må være klar over den skjeve maktfordelingen mellom dem og pasientene, anerkjenne pasientens sårbarhet og utvikle sin faglige kompetanse hvis de skal anses som pålitelige representanter for sitt yrke (Dinc og Gastmans, 2011). Løgstrup (2008) sier:

”Den enkelte har aldrig noget med et andet menneske at gøre uden at han holdet noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej”

(Løgstrup, 2008, s. 25)

Dette viser det ansvar man har i forhold til pasienten, da man holder en del av han liv i våre hender. Sykepleier må være bevisst den tillit hun blir gitt og hvor skjør den kan være.

6.0 Drøfting

I denne delen skal vi drøfte tidligere presentert teori og forskning opp mot problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier, gjennom kommunikasjon, fremme trygghet hos kvinner som er innlagt på sykehus for å få utført medisinsk abort?*

I praksis i løpet av utdanningen har vi opplevd at sykepleiere har ulike væremåter. Noen har en væremåte som gjør at de har lett for å kommunisere med pasientene, og som får pasientene til å åpne seg til dem. Andre sykepleiere kan være mer reserverte, travel og kanskje litt brå. Sykepleiere som var rolig, trygg, og hadde god kommunikasjon med pasienten oppnådde en god relasjon. Vi opplevde at denne væremåten fremmet trygghetsfølelsen hos pasienten, noe vi også fikk bekreftet gjennom pasientens uttalelser. Blix og Breivik (2006) og Hansen (1995) bekrefter dette ved å si at sykepleiere som har en rolig og trygg væremåte skaper mellommenneskelig varme og trygghet. Som Kristoffersen (2011) påpeker, er kommunikasjon grunnlaget for utøvelsen av sykepleiefaget, og skaper kontakt mellom sykepleier og pasient.

Travelbee (1999) sier at hvert menneske er et unikt individ. Det vil si at sykepleier må behandle hver pasient forskjellig for å dekke den enkeltes behov. Dette kan ses i lys av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) sier om at sykepleier skal ivareta omsorgen for hver enkelt pasient. Menneske- til menneskeforholdet er en grunnleggende faktor for at sykepleier og pasient skal kunne kommunisere på en god måte (Travelbee, 1999). Ved å ha vært gjennom prosessen for å skape dette forholdet, kan man danne en relasjon som gjør det mulig å kommunisere med kvinnen.

Det er viktig at sykepleieren til enhver tid er bevisst hvordan hun møter pasienten. Enhver form for kommunikasjon har som mål å oppnå kontakt, skape trygghet og tillit. Dette er elementer som er viktige for at sykepleieren og pasienten skal kunne forstå hverandre og samarbeide best mulig (Dinc og Gastmans, 2011). Sykepleier er ofte den første kvinnen møter i sykehus. Det er viktig at det første møtet oppleves positivt for kvinnen, at hun kan føle seg respektert og oppleve støtte (Huser, 2008). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) pålegger dessuten sykepleiere å respektere den enkelte og hans verdighet. I det første møte hilser sykepleier vennlig på kvinnen og tildeler henne en seng på avdelingen. Allerede i dette møtet kan sykepleier prøve å skape en relasjon som fremmer trygghetsfølelsen hos

kvinnen. Sykepleier må være bevisst at følelsen av trygghet er en personlig og individuell opplevelse. Det betyr at det noen opplever som trygt, kan føles utrygt for andre (Thorsen, 2011). Tabbutt- Henry og Graff (2003) sier at sykepleierens kommunikasjonsevner kan få kvinnen til å føle trygghet, som igjen kan føre til reduserte komplikasjoner under aborten.

Som Travelbee (1999) sier, foregår kommunikasjon mellom sykepleier og den syke både ubevisst og bevisst. Dette mener vi er viktig å tenke på i samspillet med pasienten, da man kan uttrykke noe annet enn det man sier. I det første møtet mener vi det er svært viktig at kvinnen opplever kongruens i det sykepleier sier og gjør. Dette støtter Eide og Eide (2010) som sier at kongruens er viktig for å skape trygghet og tillit til sykepleier. Et eksempel på et positivt første møte: ”Hei! Velkommen til oss. Det er du som er Kari? Hyggelig å møte deg. Jeg skal være din sykepleier i dag”. På denne måten kan kvinner oppleve det tryggere å komme til avdelingen (Blix og Breivik, 2006). Vi mener også at det å huske kvinnens navn i det første møtet kan få henne til å føle at hun er ventet til avdelingen, noe som kan gi henne et positivt inntrykk. For at kvinnen skal oppleve kongruens i denne sammenhengen, må sykepleier være oppmerksom på det hun viser nonverbalt. Dette kan gjøres ved at hun håndhilser på pasienten, holder øyekontakt, har et vennlig smil, en mild stemme, en avslappet kroppsholdning og virker interessert. Interesse mener vi dessuten sykepleier kan uttrykke ved å stille hverdagslige spørsmål slik som ”Gikk det bra å finne frem til avdelingen?” Eller ”Regnet det fortsatt ute?”. Dette kan gjøres i sammenheng med at sykepleier viser kvinnen til sitt rom. Ved at kvinnen opplever kongruens mellom den verbale og den nonverbale kommunikasjonen, vil dette være med på danne tillit, trygghet og motivere kvinnen (Eide og Eide, 2010).

Eide og Eide (2010) sier at ved hjelp av samtale, kan man skape trygghet og tillit. Hvordan kan vi som sykepleiere oppnå trygghetsskapende kommunikasjon med kvinnen? Et viktig element her mener vi er bruk av åpne og lukkede spørsmål. I eksemplet over om hvordan vise interesse i det første møtet, benyttet vi oss av lukkede spørsmål. Dette gjorde vi fordi målet med de spørsmålene ikke var å skape en dyp dialog, men å få ut avgrenset informasjon (Eide og Eide, 2010). På denne måten skapes en kontakt med kvinnen. For å kommunisere på en måte som skaper trygghet kan vi benytte åpne spørsmål (Eide og Eide, 2010). Åpne spørsmål kan være ”hvordan føler du deg?” eller ”er det noe du lurer på?”. Disse spørsmålene gir kvinnen rom for å snakke åpent ut fra egne tanker, følelser og opplevelser (Eide og Eide, 2010), hvis hun ønsker det. Vi mener sykepleieren her må benytte seg av aktiv lytting for å

vise interesse for det kvinnen meddeler. Thorsen (2011) sier at aktiv lytting er grunnleggende for å skape en trygg og god relasjon. For å vise kvinnen at en lytter aktivt til det hun sier kan sykepleieren blant annet nikke bekreftende, si ”mm” og ”ja” der det faller seg naturlig, ha øyekontakt med kvinnen uten å stirre, kanskje sette seg ned ved siden av kvinnen, be henne fortelle mer og stille spørsmål (Eide og Eide, 2010. Kristoffersen, 2011). På en annen side skaper også denne formen for aktiv lytting den mellommenneskelige varmen som Hansen (1995) snakker om. Denne varmen viser til sykepleiers engasjement for sin pasient, og støtter opp vår mening om at sykepleier gjennom aktiv lytting viser interesse for kvinnen. Denne interessen mener vi også kan føre til at kvinnen føler støtte fra oss som sykepleiere, noe studien utført av Halldén et al. (2009) sier kan gjøre kvinnene i bedre stand til å håndtere aborten.

Når kvinnen er kommet inn på sitt rom kan sykepleier snakke med kvinnen på et mer privat plan. I denne samtale er det viktig at sykepleier er åpen for å la kvinnen snakke om sine tanker rundt aborten og vise følelser (Jettestad, 2010). Provosert abort er et sårt tema, som mange kvinner kan ha behov for å snakke om (Jettestad, 2010). I denne situasjonen kan sykepleier åpne opp for samtale ved å stille spørsmål slik som ”har du sovet godt i natt?” og ”gruer du deg?”. Vi mener at sykepleier tidlig i denne samtalen kan oppfatte signaler på om kvinnen ønsker å snakke med henne. Signaler som kan vise dette er hvis kvinnen ikke går videre i samtalen og bare svarer kort på spørsmål. Ikke alle pasienter ønsker eller har behov for å snakke med noen, og dette mener vi sykepleier må være bevisst og respektere. Selv om kvinnen signaliserer at hun ikke ønsker å snakke, er det viktig at sykepleier viser at hun er tilstede og tar seg tid til å lytte hvis kvinnen har noe å si. Det å vite at de kan ta kontakt dersom de ønsker å prate med noen, kan skape trygghet (Blix og Breivik, 2006).

Dinc og Gastmans (2011) sier at tillit og troverdighet er viktig i helse- og omsorgstjenesten, og en forutsetning for at pasienten skal kunne åpne seg for sykepleieren (Hansen, 1995). Man oppnår ikke automatisk tillit hos pasienten gjennom det å være sykepleier (Blix og Breivik, 2006). Det å fortelle noe meningsfullt til en annen krever tillit, og innebærer en risiko (Dinc og Gastmans, 2011). Denne tilliten oppstår kanskje ikke under den første samtalen med kvinnen. Det sykepleier kan gjøre for å bygge opp et slikt tillitsforhold, er å unngå å avvise, latterliggjøre eller ignorere det kvinnen forteller (Travelbee, 1999). Ved at kvinnen betror seg til sykepleieren, settes hun i en sårbar posisjon (Dinc og Gastmans, 2011). I denne situasjonen holder sykepleieren en del av kvinnens liv i sine hender, slik som Løgstrup (2008) uttrykker.

Sykepleieren må være bevisst det ansvaret hun har for den tilliten hun blir vist, hvor skjør den er og ta vare på denne. Dette viser også Dinc og Gastmans (2011) som sier at hvis tilliten først blir brutt er den vanskelig å bygge opp igjen. I dette tillitsforholdet er trygghet en viktig nøkkelfaktor (Hansen, 1995). Å skape tillit mener vi kan gjøres ved, for eksempel, at sykepleier overholder sin taushetsplikt eller holder avtaler med kvinnen. Sykepleieren må vise at hun er tilliten verdig, før kvinnen åpner seg for henne (Blix og Breivik, 2006). Vi mener tillit må ligge til grunn for at pasient skal oppleve trygghet.

Hvis det oppstår inkongruens mellom det sykepleier viser nonverbalt og sier verbalt, kan det føre til at pasienten føler mistillit til sykepleieren (Hansen, 1995). Et eksempel på dette er hvis sykepleier sier hun har god tid, men springer mellom pasientene og uttrykker fysisk at hun har dårlig tid. Dette opplevde vi selv i praksis i en sykehusavdeling. En ville så gjerne ha tid til å lytte til pasientenes problemer, men hadde så mye annet på agendaen som skulle vært gjort. Vi opplevde da at pasientene følte seg til bry og ville avslutte samtalen. Ubevist hadde vi kanskje da en utstråling som viste at vi hadde dårlig tid, selv om vi ønsket å være til stede hos pasienten. For at pasienten skal føle relasjonstrygghet til sykepleier må det være kongruens mellom det som blir sagt og det som blir gjort (Eide og Eide, 2010).

I det første møtet er sykepleierens holdninger viktige. Huser (2008) bekrefter dette, da sykepleierens holdninger til den abortsøkende kvinnen har mye å si for hvordan hun klarer seg gjennom aborten. Negative holdninger til abort kan, slik vi tolker det, hemme kommunikasjonen med kvinnen, noe som blir støttet opp i forskningsartikkelen til Tabbutt-Henry og Graff (2003). Negative holdninger hos sykepleier kan komme frem ved at sykepleier blant annet bruker mange lukkede spørsmål, svarer kort på pasientens spørsmål, er negativ til situasjonen og gir lite informasjon. En slik holdning gjør det vanskelig å bygge opp en god relasjon og skape trygghet (Eide og Eide, 2010). Forskning viser at sykepleiere som har negative holdninger til abort, får frem følelser av skam, tristhet, usikkerhet og ensomhet hos kvinnen (Aléx og Hammarström, 2004). Dette er følelser vi mener hemmer opplevelsen av relasjonstrygghet til sykepleieren. Thorsen (2011) støtter dette ved å si at trygge relasjoner blir preget av åpenhet, forståelse, ærlighet, akseptasjon og gjensidighet.

Nyere forskning viser at sykepleiere alltid prøver å forsikre seg om at kvinnen ikke opplever smerte i forbindelse med aborten (Lindström et al., 2011). Kan dette ha sammenheng med at helsepersonells holdninger de siste 30 årene er blitt mindre restriktive (Lindström et al.,

2011)? I forskningsartikkelen skrevet av Aléx og Hammarström (2004) viser de noen kvinners opplevelser av helsepersonell i sammenheng med sin abort. En kvinne sier at hun opplevde støtte fra helsepersonell, som førte til at hun ikke opplevde smerte under aborten. En annen kvinne sier at aborten var mer smertefull enn hun hadde forventet (Aléx og Hammarström, 2004). Vi mener at alle kvinner skal få komplett smertelindring. Vårt synspunkt støttes av Jettestad (2010) som sier at en av sykepleiers oppgaver under en medisinsk abort er å administrere smertestillende medikamenter og se til at kvinnen ikke opplever unødvendig smerte. Sykepleierens rolle under en medisinsk abort vil også, som både Jerpseth (2010) og Taylor et al. (2004) sier, være å observere og følge opp blødninger, kvalme og feber. Vi mener at smertelindring kan være en støtte til kvinnen under aborten. Et eksempel på dette kan være smertelindring ved hjelp av massasje i korsryggen eller varme flasker slik som Jerpseth (2010) og Taylor et al. (2004) forklarer. Dette gjøres i tillegg til at kvinnen får smertestillende medikamenter hvis det er nødvendig. Det viser seg at gjennom fysisk berøring kan sykepleier formidle trygghet og akseptasjon overfor kvinnen (Hansen, 1995). Effekten av massasje kan da gi både smertelindring og skape en trygghetsfølelse hos kvinnen. Slik som Løgstrup (2008) sier, holder man i denne situasjonen noe av den andres liv i våre hender. Den korte tiden man bruker under massasjen kan bety mer for kvinnen enn man aner, og gjennom disse små øyeblikkene kan man kanskje klare å nå hverandre (Thorsen, 2011). Det er viktig at sykepleier spør kvinnen på forhånd da ikke alle ønsker fysisk kontakt. For enkelte kan det føles unaturlig å bli massert av sykepleier.

Ved all fysisk berøring formidles et budskap som enten kan være positivt eller negativt. Vi synes dette blir godt beskrevet av Alsvåg i forordet til oppgaven. Der sier hun at "Hendene avslører oss som tonen i stemmen røper følelsene bak" (Herdis Alsvåg, sitert i Skaug et al, 2011). Hvis sykepleier synes det er ubehagelig å skulle gi massasje til kvinnen, vil kvinnen kanskje sanse dette gjennom sykepleierens nonverbale kommunikasjon. Et eksempel vi mener viser dette er hvis sykepleieren bruker hansker som kan signalisere at hun synes det er vanskelig eller ekkelt å berøre kvinnen. Det vil da oppstå en situasjon preget av inkongruens, som igjen fører til utrygghet og mistillit (Eide og Eide, 2010).

Forskning viser at negative holdninger påvirker sykepleiers evne til å være empatisk (Aléx og Hammarström, 2004). Tabbutt- Henry og Graff (2003) sier dessuten at negative holdninger kan hemme kommunikasjon som igjen kan føre til at pasienten får for lite informasjon. Et eksempel der dette kommer tydelig frem er i forskningsartikkelen (Aléx og Hammarström,

2004) der en av kvinnene forteller at hun fikk skjenn av sykepleier fordi hun hadde blødd i sengen. Det viste seg at hun ikke turte å gå på do da hun var redd for å besvime. Dette eksemplet mener vi viser tydelig mangel på empati og faglig kunnskap fra sykepleier. Dette støtter Travelbee (1999) ved å si at en empatisk sykepleier er en sykepleier som blant annet føler med pasientens problemer. Dette er noe sykepleieren i eksemplet tydelig ikke gjør. Sykepleieren burde heller ha gitt en vennlig tilbakemelding til kvinnen slik som: "Ikke tenk på det. Jeg skal skifte på senga mens du er på toalettet." I denne situasjonen har kanskje kvinnen fått for lite informasjon i forkant av aborten angående blødningsmengden og fare for besvimelse. Dersom hun hadde fått tilstrekkelig informasjon om abortprosessen, kunne denne situasjonen kanskje vært unngått. Dette viser hvor viktig kommunikasjon og informasjon er for å skape trygghet i samspillet med pasienten.

Travelbee (1999) sier at kommunikasjon er en viktig prosess for at sykepleier skal kunne gi nødvendig informasjon til kvinnen. Gjennom informasjon kan sykepleier dessuten skape tillit til pasienten (Hansen, 1995). I en av de første samtalene kan sykepleier gjenta og bekrefte informasjon som allerede er gitt av lege. Her bør sykepleier også avklare med kvinnen om hun trenger ytterligere informasjon (Huser, 2008). Dette gjøres for at sykepleier skal forsikre seg om at kvinnen har fått den informasjonen hun skal ha, og forstår den. Artikkelen til Tabbutt- Henry og (2003) sier at man gjennom det første møtet med kvinnen bør prøve å finne ut hva kvinnen selv har av kunnskaper om sin egen situasjon. Ut fra dette må sykepleier prøve å tilpasse informasjonen etter kvinnens behov og på en måte som hun kan forstå. For å skape trygghet er det viktig at bare relevant informasjon blir gitt (Eide og Eide, 2010). Vi mener at man på denne måten hindrer usikkerhet hos kvinnen, da hun gjennom å forstå informasjonen som blir gitt kan oppnå en følelse av kunnskap og kontrolltrygghet. Dette kan bidra til at hun mestrer situasjonen bedre (Blix og Breivik, 2006). Kvinner som skal ta abort er ofte preget av mange kaotiske tanker og følelser (Huser, 2008). Derfor ser vi det hensiktsmessig at kvinnen får en del av informasjonen skriftlig, slik at hun kan gjennomgå dette selv ved en senere anledning. Avdelinger vil ofte ha tilgang til brosjyrer med skriftlig informasjon som kvinnene kan få.

Informasjon kan føre til trygghet og forutsigbarhet hvis den blir gitt på riktig tid, sted og måte (Eide og Eide, 2010). En slik samtale mener vi bør foregå i en privat og tilbaketrukket tilværelse, uten tilstedeværelse av andre momenter som kan skape uro. På denne måten kan man tilrettelegge slik at kvinnen kan fokusere på informasjonen som blir gitt. Det kan være

vanskelig for kvinnen å stille spørsmål rundt aborten (Tabbutt- Henry og Graff, 2003). Derfor bør informasjonen gis på en måte som er forståelig for kvinnen, slik at mange spørsmål kvinnen kan ha blir besvart. Sykepleieren må her være oppmerksom på sitt språk mens hun gir informasjon og da bør medisinske ord og uttrykk utelukkes (Eide og Eide, 2010). Ved å gi riktig og tilstrekkelig informasjon kan kvinnen beherske situasjonen bedre og sykepleier kan styrke sin tillit hos pasienten (Hansen, 1995).

I dagens samfunn har man stor tilgang på informasjon blant annet via media og internett. Vi kan tenke oss at kvinner som kommer for å utføre en abort har tilegnet seg noe kunnskap rundt det de skal gjennom. Studien utført av Rowlands (2011) viser at det finnes feilinformasjon om abort i litteratur og på nettsteder. Det kan tenkes at noen kvinner har tilegnet seg feilinformasjon uten å vite om det, som igjen kanskje kan føre til at de blir mer engstelig enn nødvendig i abortprosessen. I Rowlands (2011) studie avkreftes det blant annet at kvinner som tar abort har økt risiko for å få psykiske problemer i etterkant av aborten. Vi gjorde et tilfeldig søk på Google.no med søkeordene "abort" og "reaksjoner". Dette for å finne ut hva den abortsøkende kvinnen tilfeldig kan finne av informasjon. Vi fikk 34700 resultater, der det første som kom opp var artikkelen "Får angst og depresjoner etter abort" (Opsahl, 2013), en artikkel publisert på internettsiden til Sykepleien.no. I denne artikkelen står det at alle kvinnene i studien fikk angst og depresjon i etterkant av aborten (Opsahl, 2013). I Rowlands (2011) studie står det at ikke alle får psykiske helseproblemer i etterkant. Kvinner som er utsatt for slike problemer er blant annet kvinner som har abortert etter press fra partner, eller hadde psykiske problemer i forkant av aborten (Rowlands, 2011). Disse to artiklene viser hvor forskjellig informasjon kvinnen kan ha tilegnet seg før hun kommer til sykehuset. Det er viktig at sykepleier gir grundig informasjon, selv om kvinnen gir uttrykk for at hun ikke trenger dette. Informasjon ved hjelp av god kommunikasjon mener vi kan fremme trygghet hos kvinnen, da kvinnen får riktig informasjon gitt av en pålitelig kilde.

Kvinner som tar abort er dagpasienter ved kirurgisk avdeling på sykehus. Det vil si at vi som sykepleiere har kortere tid til å danne en god relasjon med kvinnen. I praksis ved kirurgisk avdeling opplevde vi at dagpasientene ble behandlet nærmest etter "samlebåndsprinsippet". Med dette mener vi at pasientene kom på løpende bånd om morgenen, ble operert og deretter sendt ut svært raskt. Dette tidspresset gjorde at man ikke fikk en like god relasjon til alle, da noen krevde mer pleie og omsorg enn andre. Dette tror vi også kan gjelde for kvinner som tar abort i en dagavdeling. I slike situasjoner ser vi nødvendigheten av å inneha gode

kommunikasjonsferdigheter, slik at tiden sammen med kvinnen kan brukes effektivt uten at det går ut over den trygghetsskapende kommunikasjonen. Dette støtter Tubbutt- Henry og Graff (2003) i sin forskningsartikkel der de sier at sykepleiere bør få opplæring i kommunikasjonsferdigheter, slik at de kan forbedre sitt samarbeid med pasienten som kan føre til at tiden blir brukt mer effektivt. Lindström et al. (2011) konkluderer i sin artikkel med at sykepleiere kommer til å få mer ansvar i abortsammenheng i fremtiden. Dette på grunn av et økende antall medisinske aborter og hjemmeaborter. Av den grunn mener vi at det er spesielt viktig å utvide kommunikasjonsferdighetene hos sykepleiere, da vi tenker at økt ansvar fører til at vi har mer med kvinnen og aspekter rundt hennes abort å gjøre.

Sykepleier må være bevisst den skjeve maktfordelingen som kan være mellom sykepleier og pasient (Dinc og Gastmans, 2011). Makten ligger i den posisjon vi har som sykepleiere, da man innehar kunnskap og informasjon om sykdommer og lidelser som pasienten ofte ikke har (Dinc og Gastmans, 2011). Eksempler på den skjeve maktfordelingen er at sykepleieren har kontroll over hvilken informasjon pasienten skal få, når han skal få den, gjennom smertelindring og at sykepleier bestemmer når hun skal være hos pasienten. Maktmisbruk er hvis sykepleier ikke tar hensyn til kvinnens ønsker og behov (Blix og Breivik, 2006). Dette mener vi kan føre til at kvinnen mister sin tillit til sykepleieren og føler seg sviktet og utrygg på bakgrunn av sykepleierens handlinger.

Som Hansen (1995) sier, er trygghet og tillit en forutsetning for å skape samhandling mellom sykepleier og pasient. Dinc og Gastmans (2011) sier videre at tillit er knyttet til faglige kvalifikasjoner, ferdigheter og kompetanse, og at pasienten kan føle en stole- på- andre-trygghet hvis hun opplever at sykepleier mestrer sitt fagfelt (Blix og Breivik, 2006). Et spørsmål vi da stiller er om sykepleiere som er nyansatt ved avdelingen og uerfaren innenfor fagfeltet kan klare å oppnå tillit og trygghet hos kvinnen? Som ny i en avdeling kan sykepleier ofte være usikker i møtet med pasientene og i utførelsen av ulike prosedyrer. Dette mener vi kan være en utfordring med tanke på å skape trygghet hos kvinnen. Til tross for dette mener vi det er mulig å oppnå tillit og trygghet ved bruk av kommunikasjon, som vi vil vise med eksempler: Hvis sykepleier får et spørsmål fra kvinnen som hun ikke kan besvare, kan hun svare kvinnen: ”dette vet jeg ikke, men jeg skal spørre en mer erfaren sykepleier slik at du får svar på ditt spørsmål”. Et annet eksempel: En sykepleier skal legge inn en venekanyle hos en kvinne. Dette har hun bare gjort noen få ganger før, noe som gjør at hun føler seg usikker på prosedyren. For å trygge både seg selv og kvinnen kan sykepleier si: ”Jeg har ikke utført

denne prosedyren så mange ganger før, så jeg lurer på om det er greit at det kommer en annen sykepleier inn og veileder meg gjennom dette?”. I disse eksemplene er sykepleier åpen og ærlig om sine ferdigheter, noe Thorsen (2011) sier er med på å skape trygge relasjoner. Sykepleier kommuniserer på en måte som skaper trygghet selv om hun ikke mestrer de tekniske oppgavene til det fulle. Gjennom å være åpen om dette mener vi pasienten kan oppleve tillit til sykepleier, da hun ikke utfører oppgaver hun ikke mestrer alene. Pasienten kan få en følelse av trygghet ved å oppleve at sykepleieren har kontroll (Blix og Breivik, 2006). I eksemplet med venekanylen kan sykepleier ha en rolig væremåte selv om hun er usikker. Dette sier Kristoffersen (2011) skaper trygghet. Sykepleier kan vise dette ved å planlegge prosedyren godt, klargjøre utstyr hun trenger, forsøke å være stødig på hånden, ikke stresse, spørre etter veiledning der hun trenger det og ha en vennlig og rolig stemme (Eide og Eide, 2010). På denne måten mener vi sykepleier både verbalt og nonverbalt kan utøve trygghetsskapende kommunikasjon.

Etter at aborten er fullført, kan kvinnen oppleve sterke, følelsesmessige reaksjoner (Huser, 2008). Vi mener hvordan kvinnen blir støttet og vist omsorg under abortprosessen kan ha mye å si for hvordan kvinnen reagerer i etterkant. Dette støtter både Huser (2008) og Halldén et al. (2009) som sier at det er viktig for kvinnene å oppleve støtte fra helsepersonell under aborten. Hansen (1995) sier dessuten at god kommunikasjon kan redusere kvinnens fysiske og psykiske reaksjoner. Før kvinnen reiser hjem må sykepleier gjennomføre en utskrivningssamtale med kvinnen (Jerpseth, 2010). Dette mener vi kan skape trygghet for kvinnen, da hun kan stille spørsmål, få en gjennomgang av det som har skjedd og informasjon om hva hun må følge med selv i etterkant av utskrivelsen.

7.0 Avslutning

Vi har gjennom dette studiet funnet at god kommunikasjon er viktig for at kvinnen skal føle trygghet i samspeilet med sykepleier. For å skape trygghet gjennom kommunikasjon er det ulike faktorer som spiller inn. Resultatene viser at sykepleiers væremåte, kommunikasjonsevner og hennes holdninger til abort er vesentlige i denne sammenhengen. Det kvinnene i forskningsartiklene opplevde som positivt og som gav dem en trygghetsfølelse, var sykepleiere som viste støtte, var empatiske og positive. En viktig faktor som fremmet relasjonstryggheten til sykepleieren var kongruens mellom verbal og nonverbal kommunikasjon. Da opplevde kvinnen trygghet og tillit til sykepleier, noe som kan få kvinnen til å åpne seg til sykepleieren. Ved samtale med pasienten kan man skape trygghet ved å benytte åpne spørsmål, lytte aktivt og vise interesse. Aktiv lytting er grunnleggende for å kunne skape trygghet i relasjoner. Det kommer også frem at fysisk berøring kan fremme trygghet hos kvinnen. Tillit og trygghet bygger ikke bare på sykepleierens kommunikasjonsevner, men også hennes faglige ferdigheter.

Resultatene viser at negative holdninger er en faktor som hemmer trygghetsfølelsen og kommunikasjonen mellom sykepleier og kvinnen, og kan gjøre sykepleier mindre empatisk. Dette kan også føre til at kvinnen får for lite informasjon. Det vises i forskningen at informasjon gitt i rett tid og på riktig måte skaper trygghet.

Forskning sier at sykepleiere kommer til å få mer ansvar i abortsammenheng i fremtiden. Det vises også til at kvinners reaksjon i etterkant, bygger på den støtten hun fikk av blant annet helsepersonell under abortprosessen. Vår konklusjon er at sykepleiere har behov for gode kommunikasjonsferdigheter, slik at sykepleier kan fremme trygghetsfølelsen hos kvinnene både før, under og etter aborten.

Litteraturliste

Pensumlitteratur

Blix, E.S., Breivik, S. (2006). Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H & Eide, T. (2010). Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Ad notam Gyldendal. Kap. 4 og 5.

Jettestad, M. (2010). Abort. I S. Holand & M. L. (red.). *Det nye livet. Svangerskap, fødsel og barseltid.*(2. Utg., s. 255- 259). Bergen: Fagbokforlaget.

Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved Gynekologiske sykdommer. I: Almås, H. (red) *Klinisk sykepleie. Bind 2.* (4. Utg., s. 17- 52).Oslo: Gyldendal Akademisk.

Selvvalgt pensum

Abortloven. (1976). *Lov om svangerskapsavbrudd av 01.01.1976.* Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50?q=abort* (1 side)

Aléx, L. & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 160-168. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x (8 sider)

Dinc, L. & Gastmans, C. (2011). Trust and trustworthiness in nursing: an argument-based literature review. *Nursing Inquiry*, 19(3), 223-237. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00582.x (14 sider)

Halldén, B- M., Christensson, K. & Olsson, P. (2009). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scandinavian journal og caring sciences*, 23(2), 243- 250. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00612.x (7 sider)

- Hansen, I. (1995). Kommunikasjon. I N. J. Kristoffersen (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2*, (1. Utg. S. 63- 109). Oslo: Universitetsforlaget (46 sider)
- Huser, B. (2008). Selvbestemt abort. I S. Holand (Red.) *Det nye livet*. (1. Utg. S. 201- 205). Bergen: Fagbokforlaget (4 sider)
- Kristoffersen, N. (2011). Den myndige pasienten. I: Skaug, E-A. (red) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 337-385. (26 sider)
- 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(3), 542- 548. (6 sider)
- Løgstrup, K. E. (2008). Den etiske fordring (3. Utg.). Viborg: Gyldendal Fagbogsredaktionen. (1 side)
- Nesheim, B.-I. (2014). Abort. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 31.03.14 fra <http://sml.sn.no/abort> (1 side)
- Norsk Helseinformatikk. (2012, 20. Mars). *Til deg som vurderer abort*. Hentet 02. April 2014 fra <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/livsstil/til-deg-som-vurderer-abort-1391.html> (1 side)
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (44 sider)
- NOU 1994: 22. (1994). *Bruk av celler og vev fra aborterte fostre*. Oslo: Sosial og helsedepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1994/nou-1994-22/4/3.html?id=335014> (1 side)
- Opsahl, A. M. D.(2013). Får angst og depresjon etter abort. *Sykepleien*, 101(08), 70-72. Doi: 10.4220/sykepleiens.2013. (2 sider)
- Rowlands, S. (2011). Misinformation on abortion. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(4), 233-240. (7 sider)

- Statistisk sentralbyrå. (2013). *Statistisk årbok 2013, Tabell 128: Utførte svangerskapsavbrudd, etter alder*. Hentet 12 mars 2014 fra <http://ssb.no/a/aarbok/tab/tab-128.html> (1 side)
- Støren, I. (2013). *Bare søk!*. Oslo: Cappelen Damm (65 sider)
- Tabbutt- Henry, J. & Graff, K. (2003). Client-Provider Communication in Postabortion Care. *International Family Planning Perspectives* 29(3), 126-129. (3 sider)
- Taylor, D., Hwang, A. C., & Stewart, F. H. (2004). Care for women choosing medication abortion. *Nurse Pract*, 29(10), 65-70. (5 sider)
- Thorsen, R. (2011). Trygghet. I: Skaug, E-A. (red) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s 106-132. (26 sider)
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk (287 sider)
- Verdens legeforening. (2000). *Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening*. Hentet 9. April 2014 fra <http://legeforeningen.no/emner/andre-emner/etikk/internasjonalt/helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/> (1 side)

Antall sider selvvalgt litteratur ca. 557 sider.

Vedlegg

Vedlegg 1 Søkematrise

Database	Dato	Søkeord	Søkekriterier	Ant. Treff	Ant. Abstract lest	Leste artikler	Antall valgte
Pubmed	12.02.14	Induced abortion AND communication AND nursing AND hospital		9	2	1	0
	12.02.14	Communication AND trust AND hospital AND nurse AND abortion		1	1	0	0
	12.02.14	Induced abortion AND trust AND healthstaff	Review	6	1	1	0
	12.02.14	Induced abortion AND communication	Review og nyere enn 5 år	9	2	0	0
	12.02.14	Induced abortion AND communication AND nursing	Review og nyere enn 5 år	33	3	1	1 Client- provider in post- abortion care
	12.02.14	Induced abortion AND nursing	Review	90	3	1	1 Care for women choosing medical abortion
	13.02.14	Abortion AND nurs?		845	0	0	0
	13.02.14	Abortion AND nurs?	5 years og review	5	3	0	0
	13.02.14	Elective abortion AND nurs?		15	2	0	0
	13.02.14	Abortion care AND nurs?	5 years og review	7	2	0	0
Swemed+	13.03.14	Induced abortion AND hospital	Peer reviewed, les online, artikkel	1	0	0	0
	13.03.14	Induced abortion AND communication	Peer reviewed, les online, artikkel	1	1	1	1 Early abortion as narred by young swedish women
	13.03.14	Nursing AND abortion	Peer reviewed, les online, artikkel	3	2	1	1 Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/ nurses

Database	Dato	Søkeord	Søkekriterier	Ant. Treff	Ant. Abstract lest	Leste artikler	Antall valgte
	13.02.14	Nursing AND abortion AND communication	0	1	0	0	0
	13.02.14	Kommunikasjon AND trygghet	0	3	0	0	0
	13.02.14	Induced abortion AND nursing	0	15	1	1	0
	13.02.14	Abortion And attitudes	Peer reviewed, les online, artikkel	10	1	1	0
	13.02.14	Medisinsk abort	Peer reviewed, les online, artikkel	1	0	0	0
	13.02.14	Trust AND communication	Peer reviewed, les online, artikkel	4	1	0	0
NorArt	13.02.14	Abortion	Vitenskapelig artikler	6	1	0	0
	13.02.14	Sykepleier AND kommunikasjon	Vitenskapelig artikler	4	0	0	0
	13.02.14	Abort	Vitenskapelig artikler	11	1	0	0
	13.02.14	Sykepleier AND Kommunikasjon	0	20	0	0	0
	13.02.14	Sykepleier OR abort	Vitenskapelig artikler	33	2	0	0
	13.02.14	Nursing AND abortion	0	0	0	0	0
	13.02.14	Abortion AND communication	0	0	0	0	0
	13.02.14	Safety AND patient AND nurse	0	0	0	0	0
	13.02.14	Provosert abort	0	15	1	1	0
Scopus	14.02.14	Abortion	Review	9169	0	0	0
	16.02.14	Abortion AND communication	Review, begrenset språk engelsk, svensk, dansk og norsk.	34	3	2	1 Misinformation on abortion
	16.02.14	Abortion AND communication AND nursing	Review, begrenset språk til engelsk, svensk, dansk og norsk.	6	0	0	0
	16.02.14	Induced abortion AND nursing	Review, begrenset språk til engelsk og svensk	3	1	1	1 A review of termination of pregnancy: prevalenth health care professional attitudes and ways of influencing them.”

Database	Dato	Søkeord	Søkekriterier	Ant. Treff	Ant. Abstract lest	Leste artikler	Antall valgte
	16.02.14	Induced abortion AND nursing AND communication	Review, begrenset språk til engelsk og svensk	1	1	1	0
	16.02.14	Communication AND safety		3245	0	0	0
	16.02.14	Communication AND safety AND nursing		264	1	1	0
	16.02.14	Communication AND relationship AND nursing	Review og engelsk	501	2	1	1 Trust an trustworthiness in nursing: an argument-based literature review.”
	16.02.14	Communication AND nursing AND abortion		2	2	2	0
	16.02.14	Communication AND patient AND hospital		2817	0	0	0
	16.02.14	Communication AND patient AND abortion		6	2	0	0
	16.02.14	Communication AND patient AND abortion AND trust		64	0	0	0
	16.02.14	Communication AND patient AND nurse AND hospital AND trust		13	3	0	0
	16.02.14	Induced abortion AND experience	Review	1470	0	0	0
	16.02.14	Induce abortion AND experience AND communication	Review	9	2	1	0
	16.02.14	Induced abortion AND experience AND communication AND nursing	Review	4	3	2	1 Womens experience in connection with induced abortions- a feminist perspective

Vedlegg 2 Lesematrise

Forfatter, pub. år, land, hvor artikkelen er publisert	Hensikt	Metode	Resultat
<p>Lindström, M. Wulff, M. Dahlgren, L. Lalos, A. Sverige, 2011. ”Experiences of working with induces abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/ nurses.” Publisert i: Scandinavian Journal of caring sciences</p>	<p>Å belyse gynekologer og jordmødre/ sykepleierne som arbeider i aborttjenester erfaringer, oppfatninger og deres opplevelser av medisinske aborter og aborter utført i kvinnens hjem.</p>	<p>Diskusjon i fokusgrupper.</p>	<p>Studien viser at gynekologer og jordmødre/ sykepleier hadde ingen tvil om å delta i aborter, til tross for at de hadde opplevd komplekse og vanskelige situasjoner. De opplevde sitt arbeid som paradoksalt og frustrerende, men også utfordrende og givende.</p>
<p>Halldén, B. Christensson, K. Olsson, P. Sverige, 2009. ”Early abortion as narrated by young Swedish women.” Publisert i: Scandinavian Journal of caring sciences</p>	<p>Målet med studien var å belyse betydningen av å ha hatt en provosert abort blant unge svenske kvinner .</p>	<p>Narrative intervjuer. Data ble analysert i henhold til en fenomenologisk hermeneutisk metode .</p>	<p>Studien viser til komplekse erfaringer hos unge kvinner som har gjennomført en abort. Studien avdekker fire temaer: å ha tatt vare på og beskyttet den uante graviditeten, tar livet av sitt eget barn, å være følsom for hva andre mener og se for seg det barnet som ble abortert.</p>

Forfatter, pub. år, land, hvor artikkelen er publisert	Hensikt	Metode	Resultat
<p>Rowlands, S. Storbritannia, 2011. ”Misinformation on abortion.” Publisert i: <i>The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care</i></p>	<p>Å finne den nyeste og mest nøyaktige informasjon om aspekter ved abort.</p>	<p>Reviewartikkel basert på artikler fra 1990 til 2010.</p>	<p>I studiet ble fem aspekter av abort gransket: fare for liv, risikoen for brystkreft, risiko for mental helse, risiko for fremtidig fruktbarhet og smerte hos fosteret. Studien viser at feilinformasjon om disse aspektene er svært utbredt, og mye data og informasjon er manipulert eller feilsitert.</p>
<p>Tabbutt- Henry, J. Graff, K. USA ,2003. ”Client- provider communication in postabortion care.” Publisert i: <i>Guttmacher Institute</i></p>	<p>Fagartikkel der hensikten er å presentere hvordan helsepersonell kan gi rådgivning til kvinner som har utført abort.</p>	<p>Fagartikkel uten metodedel.</p>	<p>Fagartikkelen viser at helsepersonell tror at de har for liten til å snakke med sine pasienter. Helsepersonell vet ikke alltid heller hvem dette er sin oppgave. Grunnleggende opplæring i kommunikasjon er ønsket for å bedre kvaliteten på pleien uten å øke tidsbruken per pasient.</p>

Forfatter, pub. år, land, hvor artikkelen er publisert	Hensikt	Metode	Resultat
<p>Dinc, L. Gastmans, C. Belgia, 2011. ”Trust and trustworthiness in nursing: an argument-based literature review.” Publisert i: <i>Nursing Inquiry</i></p>	<p>Denne studien undersøker forståelser og bruk av begrepene tillit og troverdighet innen sykepleie.</p>	<p>Reviewartikkel basert på 17 artikler fra 1980-2010</p>	<p>Denne studien viser at de gjennomgåtte artiklene støtter ideen om at sykepleiernes faglig ansvar er å gi optimal omsorg basert på deres faglige og moralske lover . For å gi optimal omsorg kreves det forståelse for betydningen, omfanget og grensene for tillit i mellommenneskelige relasjoner.</p>
<p>Aléx, L. Hammarström, A. Sverige, 2004. “Women`s experiences in connection with induced abortion- a feminist perspective.” Publisert i: <i>Scandinavian Journal of caring sciences</i></p>	<p>Målet med studien var å belyse opplevelsen hos kvinner i en nordlige byen i Sverige knyttet til svangerskapsavbrudd.</p>	<p>Dybdeintervju med 5 kvinner en måned etter aborten. Innholdsanalyse.</p>	<p>Studien viser at abort kan være assosiert med fysisk smerte og at helsepersonell kan oppleves som negative, fordømmende og ikke støttende. Det stilles spørsmål om negative holdninger til abort er grunnen til at ikke alle kvinner opplever å få tilstrekkelig smertelindring.</p>

Forfatter, pub. år, land, hvor artikkelen er publisert	Hensikt	Metode	Resultat
<p>Taylor, D. Hwang, A. Stewart, F. USA, 2004. ”Care for women choosing medication abortion”. Publisert i: <i>The Nurse Practitioner</i></p>	<p>Fagartikkel der hensikten er skissere det essensielle i omsorgen for kvinner som velger å ta medisinsk abort.</p>	<p>Fagartikkel uten metodedel.</p>	<p>Artikkelen sier at sykepleier skal gi informasjon om abort til kvinnen før, under og etter aborten, sette i gang smertelindrende tiltak og følge opp kvinnen i etterkant av aborten.</p>