

Abort eller ikke?

Hva tenker kvinner når de må avgjøre om de skal ta abort? I denne artikkelen presenteres resultater fra en studie om kvinners erfaringer knyttet til å ta stilling til en graviditet i første trimester.



■ Av Marianne Kjelsvik, sykepleier og høyskolelektor, Høgskolen i Ålesund




■ Av Eva Gjengedal, sykepleier og professor, Universitetet i Bergen og Høgskolen i Molde

De første ukene av et svangerskap kan for en kvinne være fylt av usikkerhet og ambivalens knyttet til om hun skal bære fram barnet eller ikke. Kanskje kom graviditeten uventet eller kanskje ble ikke reaksjonen fra partneren slik hun hadde forventet. Av 75 000 påbegynte svangerskap i Norge hvert år, er om lag 30 000 ikke planlagte. Av disse velger halvparten å føde (Nesheim 1999). 25 prosent av dem som fullfører svangerskapet og 25–30 prosent av de som velger abort oppgir å ha ambivalente følelser knyttet til beslutningen (Tornbom m.fl. 1999).

En oversiktsartikkel som tok for seg 18 kvalitative studier med fokus på kvinners erfaringer viste blant annet at deres valg om abort var pragmatisk og at rask tilgang til støttende og ikke-dømmende helsetjeneste var viktig. De som var godt informert og fikk støtte for sine valg opplevde få psykososiale problemer etter aborten (Lie m.fl. 2008). En gjennomgang av 19 kvalitative og kvantitative studier fant tre hovedbegrunnelser for at kvinner i rike land velger abort: Kvinnefokuserede, andrefokuserede og materielle årsaker. Artiklene viste at kvinnene tok hensyn til både egne behov, ansvar for barn de allerede hadde, det potensielle barnet og til utvalgte nære inkludert den potensielle faren. Valget var ofte

influert av ønsket om å være en god forelder. Å velge abort ble beskrevet som en måte å ta morsansvaret på alvor. Det kunne være at de ikke var klare for å bli mor, hadde dårlig økonomi eller ikke ønsket å sette et barn til verden som ikke var helhjertet ønsket av begge foreldre. De som var ambivalente, men valgte abort, oppga at å fullføre svangerskapet ville ha dårlig effekt på eget liv eller en annens (Kirkman m.fl. 2009). En norsk studie blant 432 abortsøkende viste at kvinnene skilte mellom hvem de fortalte om graviditeten til, hvem de diskuterte med og hvem de tok beslutningen sammen med. Under 2 prosent involverte ikke noen. De fleste (>85 prosent) hadde minst to samtalepartnere. Beslutningen ble tatt alene hos 42 prosent av kvinnene. Av dem som tok beslutningen sammen med minst én annen part, involverte 94 prosent barnefaren. Sterkest tvil i beslutningsprosessen ble beskrevet av kvinnene som opplevde å være under press. 19 prosent av respondentene fornemmet eller opplevde direkte press i beslutningsprosessen (Skjeldestad 2002). I en annen studie ble kvinner som valgte abort i ulike livsfaser sammenliknet. Nær 60 prosent av påbegynte svangerskap blant enslige kvinner på 25 år eller eldre avbrytes. Hyppigste grunn er mangel på fast partner eller ustabil parforhold. Kvinnene som synes det var



UVENTET: Når en test viser seg å være positiv, reiser det en rekke spørsmål som kvinnen må finne svar på i prosessen fram mot å ta abort eller å beholde barnet. Illustrasjonsfoto Colourbox

vanskelig å ta en beslutning involverte flere personer i beslutningsprosessen (Skjeldestad 2004).

Vi vet altså noe om hvilke grunner kvinner angir for å velge abort. Likevel foreligger det relativt lite kunnskap om hvilke tanker kvinnene gjør seg i selve beslutningsprosessen. I denne artikkelen presenteres noen av resultatene fra masteroppgaven Å ha valget og selv ta avgjørelsen – Kvinnens opplevelse av beslutningsprosessen ved usikkerhet knyttet til å fullføre eller avbryte en graviditet i første trimester. En kvalitativ fenomenologisk studie (Kjelsvik 2009, Kjelsvik and Gjengedal 2011). Hensikten med studien var å gi økt innsikt i kvinners erfaringer knyttet til å ta stilling til en graviditet i første trimester.

INTERVJU MED FIRE KVINNER

Informantene var kvinner som hadde kontaktet Stiftelsen Amatheia for veiledning ved et uventet svangerskap. Veiledere ved tre av Amatheas fylkeskontor rekrutterte informanter etter følgende inklusjonskriterier: Norsktalende, fylt 18 år, gravid for første gang og i første trimester. Kun gravide som hadde et uavklart forhold til graviditeten ble inkludert.

Fire førstegangsgravide mellom 25 og 32 år ble dybdeintervjuet to ganger i løpet av 1. trimester. De

var ved første intervju usikre på om de skulle fullføre svangerskapet. I oppfølgingsintervjuet to uker etterpå hadde alle bestemt seg: To valgte å fullføre svangerskapet og to hadde gjennomført abort. To hadde et forhold til han de var gravid med, en var i et uavklart forhold og en var ikke sammen med den potensielle barnefaren.

«Hvis du er i tvil kan du ikke begynne å glede deg.»

ETISKE OVERVEIELSER

Forskningsprosjektet ble utført i samsvar med Helsinkideklarasjonens retningslinjer (Verdens legeforening, Helsinkideklarasjonen 2009). Tillatelse var innhentet fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK Vest) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Siden kvinnene var i en sårbar situasjon ble det viktig å utvise varmsomhet og være sensitiv i intervjusituasjonen.

HVA STUDIEN VISTE

Kvinnenes beskrivelser av å være i beslutningsprosessen kretset om forhold knyttet til den gravide

kroppen, ønsket om å ta et rett valg og tvetydigheten i å ta et selvstendig valg.

Den gravide kroppen

Graviditeten bidro til et register av følelser, men også til et behov for å skaffe seg kunnskap og å beskytte fosteret for mulig skade.

Følelsesmessige reaksjoner

De følelsesmessige reaksjonene på å få svangerskapet bekreftet varierte mellom glede, fortvilelse, bekymring og sinne mot seg selv. En av informantene beskrev det slik: *Altså det begynner med at jeg finner ut at jeg er gravid og innerst inne så er det sånn et lite smil, sant! Det er jo litt hyggelig. Men samtidig betegnet hun det som en «Verden går under – type ting», siden kjæresten ikke ønsket å bli far.*

Alle skilte mellom å få graviditeten bekreftet og «å ta det innover seg». For noen tok det flere uker å ta det inn og alle beskrev en uvirkelighetsfølelse. Samtidig med at graviditeten fylte tankene forsøkte de å holde de positive følelsene på avstand i tilfelle de skulle velge abort. *Hvis du er i tvil kan du liksom ikke... ikke begynne å glede deg, samtidig som at du gleder deg litt.*

En av kvinnene fortalte at den kroppslige opplevelsen av å være gravid forsterket ønsket om å fullføre svangerskapet: *...når jeg holdt på å ta den avgjørelsen at jeg hadde lyst til å beholde det, så var det og fordi jeg følte at jeg kjente det så veldig godt på kroppen.*

Kunnskap og beskyttelse

Kvinnene fortalte at de hadde behov for å tilegne seg kunnskap om blant annet svangerskap og fosterutvikling, men også om abortlov og abortmetoder. Internett var viktigste kilde. De gjorde valg knyttet til å beskytte fosteret som å slutte å røyke, avholde seg fra alkohol og de var forsiktige med smertestillende medisiner. Alle informantene fortalte at de startet med vitamintilskuddet folat etter å ha lest anbefalingen om det på nettet. En forklarte ønsket om å beskytte fosteret med at hun på den måten var på «den sikre side» hvis hun valgte å fullføre svangerskapet. En annen at hun opprettholdt beskyttelsen helt fram til aborten var gjennomført. *Jeg følte at mens jeg var gravid så hadde jeg lyst til å respektere det som skjedde med kroppen min. Selv om jeg visste at jeg kom til å ta den aborten, så var jeg veldig forsiktig med hva jeg spiste.* De beskrev kunnskapstilegnelsen som en måte å få kontroll over situasjonen på.

Ønsket om å ta et rett valg

Informantene beskrev konsentrasjonsvansker og å bli stresset av valget de ikke var forberedt på. De opplevde situasjonen som et uløselig dilemma, men alle var opptatt av å gjøre et selvstendig og riktig valg. De kartla muligheter og konsekvenser, kjente på vekslende følelser og uansett om valget ble abort eller å fullføre svangerskapet kjente alle lettelse når valget var gjort.

Uforberedt på å velge

Ingen av informantene var forberedt på å ta stilling til om de skulle avbryte eller fullføre svangerskapet. En beskriver tankene om å skulle velge slik: *Jeg fikk ikke til å tenke at abort var et alternativ. For jeg har tenkt, i hvert fall det siste året at hvis jeg blir gravid, så skal det her gå bra. ... Så derfor var det veldig vanskelig å klare å rettferdiggjøre det overfor meg selv, tror jeg. Og fordi at jeg har hele tiden fått beskjed at det er mitt valg. Det er jeg som avgjør det. Jeg må gjøre det for meg selv. Ikke for familie og kjæreste også videre. Også ser jeg på nettet om abort også blir jeg kvalm, sant. Hva skal jeg gjøre da?*

Tidspress

I prosessen med å komme fram til «det rette valget» beskrev de at tiden kjentes knapp. De forholdt seg til lovens grense som fordrer et valg innen utgangen av 12. uke og de fornemmet at fosteret vokste. *Til lenger jeg venter, til verre er det for meg. Tankene om graviditeten og valget de sto overfor stresset dem og kom til uttrykk ved konsentrasjonsvansker og søvnproblemer.*

Uløselig dilemma

Kvinnene beskrev situasjonen som et uløselig dilemma. *Bli det rett det jeg gjør? Det er sånn i det ene øyeblikket så tenker jeg det er helt riktig. Det skal gå bra å ta abort, mens i andre øyeblikket så tenker jeg: Nei, jeg vil gjerne beholde det. Så jeg klarer på en måte ikke å finne ut hva som er riktig for meg.* Beslutningsprosessen omtalte de som slitsom, tung og krevende og at de kjente seg fortvilte. En av dem sa: *Dette her er ikke noen lett avgjørelse. Du kan ikke bare si «Det er best at vi går videre», på en måte. Dette er ikke noe man legger bort og så blir det borte.*

Klarlegging av alternativer og konsekvenser

Informantene ønsket å ta en selvstendig avgjørelse. De kartla handlingsalternativene og konsekvensene og utforsket muligheten både for abort og å få barnet. Etter å ha orientert seg på egen hånd via

Internett, sjekket de ut barnefarens reaksjoner. Alle kvinnene i denne studien oppsøkte veiledningstjenesten Amatheia for samtale om et eventuelt abortinngrep. De drøftet også muligheten for å få barnet enten alene eller i et, for flere av informantene; – uavklart parforhold. Samtidig med avklaringene veide de kontinuerlig for og imot sine egne argumenter. De forsøkte å bestemme seg for så å ombe stemme seg: ...*Jeg har jo ligget veldig mange kvelder våken, ikke fått sove. Lagt meg med den tanken at nå skal jeg ha en liten en og våknet opp igjen med tanken at jeg skal ta abort.*

I beslutningsprosessen beskrev kvinnene å være opptatt av fremtiden. Hvordan ville det bli om hun valgte abort? Ville hun komme til å føle skyld og angre? Kunne hun komme til å ikke takle å se babyer, plages av tanker omkring termin dato? Og hva om venninner fikk barn i nærmeste framtid? Og hvis hun ikke kom til å bli gravid igjen? Og ved

fortsatt graviditet: Hvordan vil forholdet til barnefarens utvikle seg, og vil hun klare å være alene med et barn? Eller ønsket hun egentlig å være alenemor?

Flere skrev lister med hva som talte for og imot å ta abort eller få barnet for å sortere argumentene sine, men argumentlisten ga ikke entydig svar.

Ambivalensen, valget og lettelsen

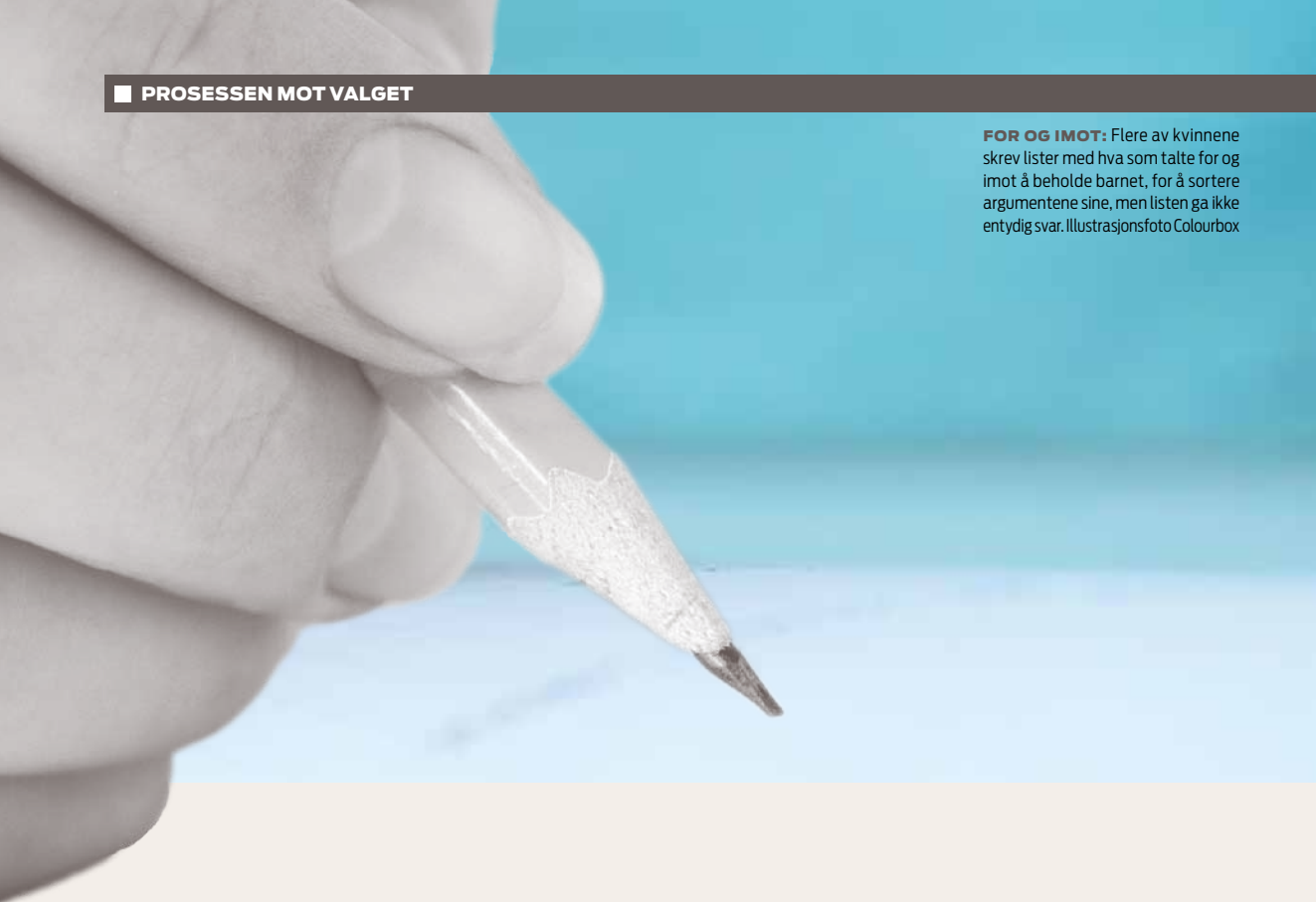
Kvinnene beskrev å være sterkt følelsesmessig påvirket i beslutningsprosessen. For å komme fram til en avgjørelse distanserte de seg til slutt fra følelsene og vektla de rasjonelle tankene. Ventetiden fra den endelige bestemmelsen om å ta abort til abortinngrepet ble beskrevet som svært belastende.

Uavhengig av om de valgte å avbryte eller fullføre svangerskapet beskrev de lettelse når valget var gjort, men følelsene kunne likevel fortsatt være blandede: *Det var faktisk litt fint å være gravid og – så lenge det varte. Og så er det, ja bare å komme seg videre*

KJØLIG FORHOLD: Noen opplever at barnets far ikke har forståelse for deres tanker og følelser når de må velge om de skal beholde barnet. Illustrasjonsfoto Colourbox



FOR OG IMOT: Flere av kvinnene skrev lister med hva som talte for og imot å beholde barnet, for å sortere argumentene sine, men listen ga ikke entydig svar. Illustrasjonsfoto Colourbox



nå liksom. Men det er litt rart å tenke. Det blir nesten sånn kynisk tenkning – fordi det er på en måte min egen avgjørelse å avbryte det da, men på den andre siden så er det også veldig fint for jeg synes rett og slett det er helt fantastisk at dette her var mitt valg og at jeg faktisk har muligheten til å velge.

Tvetydigheten i å ta et selvstendig valg

Kvinnene ønsket å få andres vurderinger av situasjonen samtidig som de ønsket å gjøre et selvstendig valg. De involverte barnefar og alle vurderte om de ønsket å åpne for sin mors tanker om graviditeten. De var spente på hvordan de ville bli møtt av helsepersonell og gjorde seg ulike erfaringer. Alle deltakerne i studien snakket med en eller flere utvalgte venninner de stolte på. Selv om venninnene kom med ulike innspill og argumenter, opplevde informantene det ikke som press i noen retning, men som bidrag til å se situasjonen sin fra ulike perspektiv. Noen opplevde tillitsbrudd og beskrev skuffelse og fortvilelse over at enkelte av de betrodde gikk videre med opplysningene.

Å involvere utvalgte nære

Alle informantene uttrykte et ønske om å gjøre et selvstendig valg uavhengig av andres mening. De beskrev seg selv som sårbare og livssituasjonen som svært privat. De forsøkte å ha kontroll over situasjonen ved å hemmeligholde graviditeten og en even-

tuell abort. Nei, så det er liksom ikke noe du føler for å gå ut med før ... du eventuelt skal få ungen da. For å ta abort føler jeg er et veldig personlig valg og en god del vil nok kanskje se ned på deg og i og med at du tar abort. Kroppslige symptom som tretthet og kvalme samtidig med valg om å avstå fra røyk og alkohol økte risikoen for å bli avslørt. Samtidig hadde de behov for å snakke om situasjonen med utvalgte nære. Å få andres synspunkt på situasjonen opplevde de støttende og berikende, men det bød også på utfordringer. Når kvinnene involverte andre ble de konfrontert med egne tanker, følelser og påvirkelighet. I en sånn situasjon hvor en er veldig sårbar og søker desperat etter å finne en løsning, så søker en veldig mye rundt seg etter det som en tenker kanskje kan være til hjelp. Men det var ikke dermed sagt at det skulle være andre sin påvirkning som skulle avgjøre mitt valg.

Barnefarens rolle

Alle valgte å involvere mannen de var gravid med. For flere av kvinnene utløste bekreftelsen av svangerskapet et behov for å avklare om forholdet til han de var gravid med var til å satse på. Forventningene til mennenes reaksjon på graviditeten var ulike, men alle ønsket å snakke med han, helst ansikt til ansikt og vektla hans innstilling og rolle i beslutningsprosessen. De hadde et ideal om å bli enige om valget og ønsket støtte. En av dem sa: *Jeg har egentlig alltid hatt lyst på unger. Jeg har kjempelyst på det, men jeg har veldig lyst*

å ha det i lag med en som jeg er i lag med og at jeg får støtte, både gjennom svangerskapet og at det skal være gledelig og alt dette her.

For flere av informantene ga valget om å involvere barnefaren i beslutningsprosessen andre konsekvenser enn forventet. For noen innebar det skuffelse og fortvilelse over manglende støtte og forståelse for hennes tanker, følelser og sårbarhet. En beskrev det slik: *Jeg forventet ikke at han skulle bli noe glad eller at han skulle hoppe i taket for dette, for all del, men jeg forventet kanskje at når han fikk tenke seg litt om at han kunne sagt at: «Vi kan snakke om det. Jeg har ikke lyst på noe barn nå, men jeg vil støtte deg i det valget du tar».* Hun konkluderte med at det var bedre både for henne og et eventuelt barn at hun avsluttet svangerskapet og dermed også forholdet til barnefaren.

En av informantene fortalte at hun møtte forståelse fra barnefaren for sin usikkerhet om hva som ble «det rette valget». Hun beskrev likevel et dilemma: Han ville ikke ha ansvaret for at hun valgte abort og hun vil ikke ha tvunget han til å bli far. Men han sa at han ville «støtte henne uansett valg». Hun opplevde at ansvaret og avgjørelsen da ble hennes alene.

Kvinnen og mannen kan ha ulike syn på hvorvidt hun skal fullføre eller avbryte svangerskapet, og begge kan være ambivalente til valget. En av informantene beskrev beslutningsprosessen som en berg og dalbane, med høy hastighet og mange følelser som hadde gått opp og ned og med overraskelser rundt stadig nye svinger og med partier med mørke tunneler. Noen av overraskelsene besto i at barnefaren hadde sin egen prosess som påvirket hennes og ga henne uventede utfordringer. Noen av kvinnene endret i løpet av beslutningsprosessen innstilling fra å være ganske sikker på at de ville fullføre svangerskapet til å velge abort. De begrunnet det med reaksjonen fra barnefaren. Kvinnenes erfaringer ga et innblikk i at det er mye som står på spill, også for barnefaren. Om det blir født et barn vil fremtiden utfordre de to til samarbeid om et felles prosjekt. På grunn av manglende støtte og for å holde fokus på sin egen vurdering av situasjonen, valgte noen av informantene å bryte all kontakt med han de var gravid med i løpet av beslutningsprosessen.

Tok stilling til om egen mor skulle involveres

Når informantene ble spurt om hvem de involverte i beslutningsprosessen, sa alle at de ønsket å snakke med sin mor, men at de fryktet at friheten til å velge selvstendig ble begrenset om de rådførte seg med henne. *For det har jo veldig mye å si hva mamma*

tenker. Så det er kanskje det at det ligger noe der da, tenker jeg... Jeg fikk en slik liten aha opplevelse at det kanskje kan være det. Jeg tror det mamma mener vil bety veldig mye for meg. Og uansett hvilket valg jeg tar så har jeg lyst til å føle at det er mitt valg. Og du vet hvordan det er: «Jammen du må gjøre det du har lyst til», sant? Også føler man at det er et aller annet som ligger der, sant?

En av informantene valgte å rådføre seg med moren, men moren ønsket ikke å uttale seg. Moren begrunnet sin manglende vilje til å diskutere situasjonen med at hun ikke ville påvirke datterens valg.

Helsepersonells forståelse og støtte av betydning

Kvinnene gruet seg til å involvere helsepersonell i situasjonen de var kommet i. De håpet på å få råd og veiledning, men var spent på om de ville bli møtt med forståelse og anerkjennelse. Erfaringene de gjorde seg var ulike. En av kvinnene beskrev å bli møtt med forståelse når hun hos fastlegen gråt og uttrykte sin fortvilelse over situasjonen hun var kommet opp i. Legen ga henne mulighet til å tenke gjennom situasjonen og stilte ikke kritiske spørsmål slik hun fryktet. En annen av informantene var svært opprørt etter møtet med fastlegen. Når hun innledet konsultasjonen med å si at hun vurderte å ta abort, men var usikker, ledet legen samtalen over på sin egen erfaring med å bli uventet gravid i studietiden og den gang valgte å fullføre svangerskapet.

«Alle var opptatt av å gjøre et selvstendig og riktig valg.»

I møte med helsepersonell på sykehuset opplevde kvinnene ny spenning knyttet til hvordan de kom til å bli møtt: *For jeg var jo usikker på hvordan jeg ville bli mottatt der. For det er en litt spesiell situasjon. Men de var veldig ok. Det er ekstra viktig i en slik situasjon hvordan man blir møtt. Og det tror jeg nok de var obs på, for de var veldig sånn ydmyke og hyggelige og ivaretagende og omsorgsfulle på alle måter. Tvilen om hva som ble det rette valget vedvarte for noen av informantene helt til «tiden var ute». En av informantene beskrev at når hun passerte 12. uke og fortsatt var gravid, så opplevdes det som at nødutgangen ble stengt. En annen av informantene tok ikke beslutningen om å fullføre svangerskapet før etter at hun hadde vært til den siste forberedende samtalen til abort på sykehuset. Selv*

om hun beskrev at hun var 90 prosent sikker på å beholde det da hun møtte til forundersøkelsen, ønsket hun å gjennomføre konsultasjonen for å ha muligheten for abort. Informanten beskrev at hun følte seg ivaretatt av sykepleieren som ikke prøvde å påvirke henne i noen retning. Når hun dagen før hun hadde avtale om abort ringte for å si at hun ikke kom til å gjennomføre inngrepet, opplevde hun det som helt uproblematisk fra den på sykehuset hun ga beskjed til.

DISKUSJON OG KONSEKVENSER FOR PRAKSIS

Funnene fra studien gir noen innspill til helsepersonells møter med ambivalente gravide. Kvinnenes erfaringer om en begrenset tid til rådighet, fasene de går gjennom i beslutningsprosessen og helsepersonells etiske utfordringer i møte med de ambivalente gravide vil videre bli belyst.

Kvinnene i studien beskrev at tiden stresset dem. Det hastet med å få kartlagt handlingsalternativene og gjøre valget knyttet til om de skulle fullføre eller avbryte svangerskapet. At Internett var en viktig kilde til kunnskap, tilsier at lett søkbar og oppdatert informasjon om svangerskap og abort er av betydning. En konsekvens av abortlovens grense for selvbestemmelse ved utgangen av 12. svangerskapsuke, er at helsetjenestene for gravide i første trimester må være lett tilgjengelige og ha kort ventetid. Dette kan by på utfordringer slik en av informantene i studien møtte når hun ønsket å diskutere situasjonen hun var kommet i med legen, men fikk time flere uker frem i tid.

«Kvinnene gruet seg til å involvere helsepersonell.»

Informantene var opptatt av å gjøre et selvstendig og «riktig» valg. På veien mot den endelige avgjørelsen, viste det seg noen faser som kan være aktuelle å kjenne til for helsepersonell som skal bistå ambivalente kvinner i beslutningsprosessen. Fasene kan oppsummeres i fem ord på A: *Alternativene, argumentene, ambivalensen, avveiningene og avgjørelsen*. De kartla *alternativene* og tenkte nøye gjennom konsekvensene av valget de sto overfor. Egen holdning til svangerskapet, kunnskapen de tilegnet seg, samspillet med dem de involverte og i særlig grad han de var gravid med fikk betydning i denne avklaringen. De *argumenterte* med seg selv og med noen nære utvalgte. De var usikre på hva som

ble det mest riktige, men forsøkte å bestemme seg og ombestemte seg. Denne opplevelsen av *ambivalens* kom til uttrykk i en dobbelthet på flere områder og viste seg i alle hovedfunnene. Til kroppen som er gravid og som hun gleder seg over, men prøver å skjule for omgivelsene og til dels for seg selv. *Ambivalensen* knyttet til «det rette valget»: Opplevelsen av at både å velge å få barnet og å ta abort kan være både rett og feil. Og til slutt: Behovet for å involvere andre. De ønsket å høre andres mening, men ville velge selv. I møte med helsepersonell hadde de en forhåpning om å bli møtt på en god måte, men med en forberedthet til fordømmelse. De beskrev å være sterkt følelsesmessig påvirket, men alle gjorde en rasjonell *avveining* og uavhengig av *avgjørelsen* beskrev de å kjenne seg lettet når valget var gjort.

Også tidligere studier har vist at å involvere sine nærmeste og helsepersonell i beslutningsprosessen ikke er uvanlig blant ambivalente kvinner (Skjeldestad 2002, Kirkman m.fl. 2009). Men hvordan kan helsepersonell bistå ambivalente gravide? Ifølge norsk lov er det kvinnen som skal treffe det endelige valget, hun er autonom. Samtidig skal hun ifølge lovens § 2 tilbys informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne (Abortloven 1978). Kvinnene i denne studien gjorde seg ulike erfaringer når de valgte å konsultere helsepersonell. Informanten som fikk legens historie presentert i stedet for mulighet til å diskutere sin egen situasjon minner oss om betydningen av å holde fokus på pasientens behov og hvilken makt helsepersonell har i møte med pasienter i sårbare situasjoner.

Sykepleier og filosof Kari Martinsen er opptatt av at helsepersonell må være klar over risikoen for å falle i noen grøfter, eller utartinger i møte med prinsippet om pasientens autonomi. Farene består i at man kan komme til å forholde seg likegyldig til kvinnens situasjon eller å overinvolvere seg (Martinsen 2003; Martinsen 2005).

Likegyldigheten kan få næring gjennom prinsippet om kvinners selvstendighet. Det kan medføre at helsepersonell ikke lytter etter hennes opplevelse av situasjonen. Kvinnene i undersøkelsen hadde behov for kunnskap, støtte og forståelse. Uten følelsesmessig involvering kan man i form av fastlagte prosedyrer informere gravide kvinner som er usikre i valget mellom abort eller å fullføre svangerskapet. Det kan være informasjon om rutiner ved abort eller rettinger for enslige forsørgere. Men for å hjelpe i en omsorgssituasjon kreves det i tillegg til kunnskap også omtanke for kvinnen: Hvordan har hun det i

situasjonen? Hvordan er det å kjenne glede over en graviditet og samtidig være fortvilet over at han hun er gravid med venter seg fra henne? Hvordan er det for kvinnen å kjenne seg knyttet til fosteret og samtidig skulle til forundersøkelse for abort? Hvordan kjennes det å være lettet over å kunne velge abort og samtidig grue seg til å gjennomføre den? Om samtalen med kvinnen begrenses til standardisert informasjon om hennes rett til å velge, kan det betraktes som et tillitsbrudd. Kvinnen som er usikker på om hun skal avbryte eller fullføre svangerskapet blir da overlatt til seg selv med bakgrunn i ideen om selvdannelse og individualisme. Når kvinnene i denne studien henvendte seg til helsepersonell var det med en forventning om å få råd og veiledning og å bli møtt på en god måte. I møte med en gravid kvinne i første trimester må helsepersonell være oppmerksom på at hun kan være i tvil om beslutningen. At ambivalens tidlig i svangerskapet er vanlig, kan gjenspeiles i omsorgen for de gravide i form av alminneliggjøring av at man kan kjenne både glede over en uventet graviditet og uro og engstelse knyttet til et planlagt svangerskap. Når helsepersonell møter en kvinne som ønsker å samtale om situasjonen hun er kommet i, må hun stille spørsmål til hvordan kvinnen vedkommer henne. Fokus må være på; hva tjener den andre best? Det er fagpersonen som har ansvar for å tyde pasienten, skriver Martinsen. Hun kan stille spørsmål som åpner for at kvinnen kan uttrykke sin opplevelse av situasjonen og dermed hindre en utarting av omsorgen i form av likegyldighet (Martinsen 2003).

Den andre slagsiden kan komme til uttrykk ved overinvolvering. Ved at fagpersonen i en veiledningssituasjon mener å vite hva som er best for pasienten kan relasjonen bli preget av omsorgspersonens følelser og ikke pasientens. Vedkommendes ideologi og prinsipper blir da viktigere enn å involvere seg emosjonelt i kvinnens livsverden. Resultatet er at pasienten ikke får være delaktig og omsorgspersonens egen livsforståelse blir til press og overgrep (Martinsen 2005). For å unngå disse utartingene eller slagsidene i møte med de gravide i beslutningsprosessen kreves en høy bevissthet om hva som er kvinnens og hva som er veilederens holdninger og meninger. Dette kan skje ved at helsepersonell som møter mennesker i eksistensielle kriser kontinuerlig reflekterer over egen praksis. ■

Personene på illustrasjonsfotoene er ikke identiske med personene omtalt i teksten.



ULIKE ERFARINGER: Kvinnene håpet på å få råd og veiledning av helsepersonell, men var spent på om de ville bli møtt med forståelse for at de vurderte å ta abort. Erfaringene de gjorde seg var ulike. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Referanser:

1. Abortloven (1978). Lov om svangerskapsavbrudd med Endringer, Forskrift og Veiledning. Oslo, Statens trykksakekspedisjon.
2. Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallet, S. and Rosenthal, D. (2009) Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Arch Womens Ment Health* 12:365-368
3. Kjelsvik, M. (2009) Å ha valget og selv ta avgjørelsen – Kvinnens opplevelse av beslutningsprosessen ved usikkerhet knyttet til å fullføre eller avbryte en graviditet i første trimester. En kvalitativ fenomenologisk studie. Masteroppgave i helsefag, Studieretning sykepleievitenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen
4. Kjelsvik, M. and Gjengedal, E. (2011) First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy – a phenomenological study. *Scandinavian Journal of caring Sciences*, 25 (1), 169–175.
5. Lie ML., Robson SC., May CR (2008). Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res*. 8: 150.
6. Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget.
7. Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe
8. Nesheim BI. (1999) Prevensjon og aborter *Tidsskr Nor Lægeforen* 119: 177.
9. Skjeldestad, FE. (2002). *Beslutningsprosess og behov for informasjon/rådgivning blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd – en evaluering av intensjonene i abortloven*. SINTEF Rapport (STF78 A022505).
10. Skjeldestad, FE. (2004). *Personlige grunner for valg av svangerskapsavbrudd*. SINTEF Rapport (SINTEF A6237).
11. Tornbom, M., Ingelhammar, E., Lilja H, Svanberg, B. and Möller, A. (1999). «Decision-making about unwanted pregnancy.» *Acta Obstet Gynecol Scand* 78(7): 636–41.
12. Verdens Legeforening (WMA). *Helsinkideklarasjonen* 5. januar 2009, <http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen/index.txt/view>